



BIS

Boletim do Instituto de Saúde

Volume 26 – nº 2 – Dezembro 2025

ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

**Saúde Mental: o cuidado
em seus múltiplos aspectos**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP 01314-000
Tel: (11) 3116-8500
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Elеuses Paiva

Secretária Executiva da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Priscilla Reinisch Perdicaris

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Edlaine Faria de Moura Villela

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde - BIS

Volume 26 - Nº 2 - Dezembro 2025
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação Semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 500 exemplares

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

Portal de Revistas da SES-SP – <https://periodicos.saude.sp.gov.br>

Editores Científicos

Lígia Rivero Pupo
Mônica Martins de Oliveira Viana
Tereza Etsuko da Costa Rosa
Maria Beatriz de Miranda Matias

Organizadora

Lígia Rivero Pupo

Editora-chefe

Cláudia Malinverni

Editor-executivo

Samuel Antenor

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Evelyn Karla Lira Viana

Capa

Perfil e alma - sem data
(Ismael Nery - Acervo MASP)

Administração

Bianca de Mattos Santos

Bibliotecária

Tania Izabel de Andrade

Revisão

Pablo Muñoz

Diagramação e editoração

Beatriz Gomes

Impressão

Círculo da Leitura Gráfica e Editora

Conselho Científico

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine - Nova York - EUA

Ana Carolina Dias Bocewicz – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Cintia de Freitas Oliveira – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Cláudia Malinverni – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Edlaine Faria de Moura Villela – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina

Evelyn Karla Lira Viana – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) - Porto Alegre-RS - Brasil

José da Rocha Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata - Roma - Itália

Maria Beatriz Miranda Matias – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza-CE - Brasil

Monica Martins de Oliveira Viana – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Monique Borba Cerqueira – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP - Brasil

Paulo Henrique D'Angelo Seixas – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Presidente Prudente-SP - Brasil

Renato Barboza – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Samuel Antenor – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP - Brasil

Sonia I. Venancio – Ministério da Saúde (MS) - Brasília-DF - Brasil

Sumário

Editorial	3
Artigo	
Desafios na Organização Regional das Políticas de Saúde Mental no Brasil pós- pandemia Marcelo Kimati Dias, Luciana Tolêdo, Luciana Vieira	5
A articulação em rede no cuidado em saúde mental sob a ótica da Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo Ligia Rivero Pupo, Tereza Etsuko da Costa Rosa	15
Rumos e desafios da construção do papel das(os) psicólogas(os) na Atenção Primária à Saúde Tatiana Lahos de Jesus, Ana Vitória Custódio Lossavaro, Mônica Martins de Oliveira Viana	27
Interprofissionalidade e apoio matricial na atenção primária à saúde: avanços e desafios no campo da saúde mental Tatiana de Vasconcellos Anéas, Mônica Martins de Oliveira Viana.....	35
O Cuidado de Pessoas que Fazem Uso de Substâncias Psicoativas na Atenção Primária em Saúde: Dificuldades e Perspectivas Promissoras Rodrigo Silva Simas, Fabiana Pimenta de Almeida, Onézimo Tadeu D'Assunção, Cristiana Marina Barros de Souza	43
O que dizem os profissionais da Atenção Primária em Saúde do Município de Votorantim-SP sobre a oferta de cuidado em saúde mental? Isabella de Fátima Batista, Alana de Paiva Nogueira Fornereto.....	51
Papo Cabeça – Grupo de Apoio Psicossocial a Adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil Helena Moraes Cortes, Edcarlos Marques de Lima, Gláucia Bohusch, Gabriela Daniel da Costa	61
Tecnologia da Informação e Participação do Trabalhador: Caminhos para superar a burocratização e qualificar os registros dos CAPS Manuela Lazarini Muriano, Jair Borges Barbosa Neto, Bernardino Geraldo Alves Souto, Gustavo Nunes de Oliveira, Marília Cristina Prado Louvison, Larissa Campagna Martini.....	71
Atenção Psicossocial Infantojuvenil e o uso de substâncias psicoativas: caminhos e obstáculos Juliana Araújo Silva, Caroline Lucas de Moraes, Elizabeth M.F.A. Lima.....	81
Grupos de ouvidores de vozes no SUS: estratégia de enfrentamento, pertencimento e protagonismo Lorraine Oltmann de Oliveira, Letícia Charnioski de Andrade, Kamilla Moura Hingel Nogueira	89
Diálogo Aberto: experiência de implantação no município de Divinópolis (MG) Thiago Magela Ramos, Vanessa Ayres Tibiriçá, Selma Angélica de Oliveira Borges, Aline Duarte Fagundes, Elina Rosa Coelho	95

Dispositivos de Gestão Autônoma do Cuidado, Integralidade e Autonomia

Eduardo Caron, Deivisson Dantas Vianna dos Santos, Túlio Batista Franco, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Aldo Pacheco Ferreira, Marcos Besserman Vianna, Carlos Cesar David de Carvalho, Clarissa Viola Dutra, Renata Candido de Andrade Ortega, Bethania do Carmo Caetano da Silva, Erika Dutra de Araujo, Monyque Evans Sousa Lima, Eduardo Kenji Futema Honji, Lucas Ferraz da Silva, Sabrina Stefanello **103**

O manejo de pessoas com comportamento suicida pela Rede de Atenção Psicossocial de Curitiba

Michel Morrone Proença, Diego Arrebola Rubin de Celis Camargo, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Sabrina Stefanello..... **113**

O fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial

Rossana Seabra Sade, Rafael Nicolau Carvalho **123**

A escuta em uma UPA: proposições de uma psicologia advertida pela psicanálise e sob a inspiração da Atenção Psicossocial

Maico Fernando Costa **133**

Autonomia e contratualidade: eixos-norteadores para uma práxis ético-política em saúde mental

Rafaella Pinheiro Cesario **141**

Saúde mental e população quilombola: uma análise crítica do acesso ao cuidado no arcabouço legal

Alessandra Regina de Souza Santos, Cláudia Malinverni, Mario Henrique da Mata Martins **149**

As medidas de semiliberdade para adolescentes em conflito com a lei e a articulação do cuidado em saúde mental

Kiara Olivetti, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Sabrina Stefanello **159**

Desafios e articulações necessárias para o cuidado no território de pessoas com sofrimento psíquico e em conflito com a lei: o papel das equipes conectoras (EAPS)

Kátia Paiva, Alina Zoqui de Freitas Cayres, Maria Alice Saccani Scardoelli, Raquel Cleide da Mota Carvalho **167**

Atenção Psicossocial e Direitos Humanos: os desafios e as novas perspectivas de cuidado dentro do território

Larissa Ferreira de Abreu Pereira, Isabela Roberta, Tereza Etsuko da Costa Rosa..... **175**

Assistir, proteger e cuidar de crianças e adolescentes pobres em liberdade no território

Silvio José Benelli **183**

Interface entre Medidas de Segurança e o Cuidado na Rede de Atenção Psicossocial

Bruno Bauer Saracino, Mônica Martins de Oliveira Viana..... **193**

Função Apoio: agenciando produção do cuidado ampliado e compartilhado em um serviço especializado de saúde

Bruno Wesley Rodrigues, Aline Roucourt Presotto, Carlos Alberto Pegolo da Gama..... **203**

Editorial

Ao longo da trajetória da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, importantes avanços foram feitos na construção do cuidado psicossocial, que culminaram na criação e aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dentro do SUS. No entanto, avalia-se que são necessários investimentos constantes para a manutenção das premissas, dos conceitos norteadores e dos processos de trabalho que sustentam o cuidado psicossocial, de forma longitudinal, territorial, interdisciplinar, integral e em rede no campo da Saúde Mental.

Para manter esse horizonte de cuidado, deve-se levar em consideração: a especificidade do cuidado nos diferentes pontos de atenção que constituem a RAPS; a singularidade dos agravos e do modo como são vividos pelas pessoas; as questões sobre as relações produtoras de cuidado emancipatório, pautadas em propostas compartilhadas e coprodutoras de autonomia e autocuidado; a variabilidade de necessidades e de condições específicas dos diferentes segmentos populacionais; e os possíveis arranjos e acordos microrregionais e intersetoriais que visam assegurar o acesso e a integralidade da atenção prestada.

Apesar dos avanços da Rede de Atenção Psicossocial, vários estudos têm apontado dificuldades na implantação, incorporação e sustentação do modelo psicossocial de cuidado nas unidades de saúde do SUS. Podemos destacar entre essas dificuldades: o fortalecimento do modelo biomédico e a medicalização da atenção à saúde mental, que têm como foco o silenciamento dos sintomas por meio da medicação, ignorando a dimensão subjetiva, social e existencial dos problemas; a convivência entre os serviços substitutivos e os hospitais psiquiátricos, algo ainda não superado e que vem se fortalecendo nos últimos anos; as elevadas taxas de reinternação e as dificuldades de manejo psicossocial de situações de crise; a cronificação de pacientes com sofrimento mental dentro das unidades da RAPS e a baixa reinserção psicossocial; a falta de oferta de cuidado continuado e em rede; a baixa participação da família, dos recursos do território e da comunidade no cuidado ofertado; a ausência de linhas de cuidado para diferentes agravos e condições em saúde mental pactuadas nos territórios, alinhadas com um manejo psicossocial do sofrimento mental.

Além de considerar a complexidade inerente a essas dimensões do cuidado, há que se reconhecer também o expressivo crescimento das demandas em saúde mental após o período de confinamento e os múltiplos lutos ocasionados durante a pandemia de Covid-19, bem como a interface das questões do cuidado com temáticas emergentes, como a regionalização, a atenção às populações vulnerabilizadas e o retrocesso provocado pela expansão e manutenção do repasse financeiro do Estado para as comunidades terapêuticas.

Dessa forma, justifica-se a retomada das discussões sobre o cuidado em Saúde Mental, à luz desse cenário, buscando conectar diferentes vozes e olhares, integrando no debate diferentes grupos/instituições, não só de pesquisa, mas também de ensino, além de formuladores de políticas e trabalhadores da RAPS.

Assim, este número do Boletim do Instituto de Saúde espera provocar reflexões, apontar direções, e tecer considerações sobre os desafios ainda presentes na Rede de Atenção Psicossocial do Brasil e de São Paulo, e sobre as possibilidades de um cuidado em saúde mental centrado no usuário, multifacetado, interdisciplinar e integral, colocando em discussão: a organização regional e a articulação em rede no cuidado em saúde mental, os desafios da interdisciplinaridade e das especificidades profissionais; o cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas; as exigências e dificuldades do cuidado na atenção primária; abordagens promissoras no cuidado infantojuvenil; o bom uso da informação em saúde mental; novas abordagens terapêuticas em saúde mental e sua inserção na RAPS; e os desafios e estratégias de atenção à crise; o cuidado em saúde mental em situações e contextos de vulnerabilidade.

Bom proveito!

Lígia Rivero Pupo

Mônica Martins de Oliveira Viana

Tereza Etsuko da Costa Rosa

Maria Beatriz Miranda Matias

ARTIGO

Desafios na Organização Regional das Políticas de Saúde Mental no Brasil pós-pandemia

Challenges in the Regional Organization of Mental Health Policies in Brazil post-pandemic

Marcelo Kimati Dias^I, Luciana Tolêdo^{II}, Luciana Vieira^{III}

Resumo

A gestão de redes regionais de atenção constitui um desafio no campo da saúde mental, em decorrência da organização da política de atenção a partir da lógica municipal. O presente estudo buscou, por meio de entrevistas com gestores estaduais, identificar gargalos e desafios assistenciais enfrentados na implantação e gestão de redes regionais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas até que se obtivesse saturação dos dados, o que ocorreu após doze gestores estaduais terem sido entrevistados, o conteúdo transcrito e ter seu conteúdo analisado. Foram identificados três desafios principais: cuidado voltado aos transtornos de espectro autista, garantia regional de cuidado integral e disponibilidade de recursos humanos. O método de saturação identificou como gargalos a ausência de modelo de atenção intermunicipal, insuficiência dos recursos de saúde mental na atenção primária e impossibilidade de implantação de serviços especializados em municípios com menos de quinze mil habitantes e dificuldades de gestão com comunidades terapêuticas. Identificamos os gargalos como impasses da política de saúde mental que se aprofundaram após a pandemia de covid-19.

Palavras-chave: Saúde Mental, redes de cuidado saúde, reforma psiquiátrica.

Abstract

The management of regional care networks constitutes an ongoing challenge in the field of mental health, due to the organization of care policies being structured primarily according to a municipal logic. The present study sought to identify bottlenecks and care-related challenges encountered in the implementation and management of regional networks, through interviews conducted with state-level managers. Semi-structured interviews were carried out until data saturation was reached, which occurred after 12 state managers had been interviewed. The content was transcribed and analyzed. Three main challenges were identified: care directed at autism spectrum disorders; the regional guarantee of comprehensive care; and the availability of human resources. The saturation method highlighted as bottlenecks: the absence of an intermunicipal care model; the insufficiency of mental health resources within primary care; the unfeasibility of establishing specialized services in municipalities with fewer than 15,000 inhabitants; and management difficulties related to

^I Marcelo Kimati Dias (mdkimati@gmail.com) – médico psiquiatra e professor de Saúde Coletiva da UFPR, já atuou como diretor de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, coordenador do Programa de Saúde Mental e Trabalho da Fundacentro e consultor do CONASS. Atualmente é diretor do Departamento de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (DESMAD).

^{II} Luciana Tolêdo Lopes (luciana@conass.org.br) é fisioterapeuta, mestre em gestão, trabalho e educação em saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; especialista em Direito Sanitário pelo Programa de Direito Sanitário da Escola Fiocruz. assessora técnica CONASS vinculada ao Núcleo de Atenção à Saúde.

^{III} Luciana Vieira (luciana.vieira@conass.org.br) é fisioterapeuta com Mestrado e Doutorado pela Universidade de Brasília (UnB) e período sanduíche na University of Toronto (UoT). Tem MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias e é assessora técnica CONASS.

therapeutic communities. These bottlenecks were identified as critical impasses within mental health policy, which have been exacerbated in the aftermath of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Mental Health, health care networks, psychiatric reform

Introdução

O cenário assistencial em saúde mental no país no período pós-pandemia envolve novos desafios, abrangendo mudanças no cenário epidemiológico e novas demandas assistenciais. Por um lado, ao longo dos últimos dez anos, novos fenômenos relacionados à saúde mental ganharam ênfase, como o maior número de crianças e adolescentes diagnosticados como autistas, déficit de atenção e hiperatividade^{1,2}, uma ampliação do número de usuários de psicotrópicos³, de violências nas escolas, do sofrimento mental associado a formas de precarização de trabalho⁴. Ao longo dos últimos dez anos, ainda, apresentou-se um aumento global das taxas de suicídio⁵, em especial junto a populações vulnerabilizadas, como povos de etnia indígena e jovens negros. Eventos de ordem econômica e social têm grande interface com questões ligadas à saúde mental, como acréscimo da população em situação de rua, precarização do trabalho, reforma da previdência⁶, criando novas demandas assistenciais.

O conjunto descrito se soma a dificuldades históricas na organização da rede de atenção. Entre elas, é importante ressaltar 1) a dificuldade de organização regional do cuidado, no âmbito da assistência em saúde mental nos estados; 2) o dimensionamento populacional dos serviços de saúde mental, que não prevê existência de serviços de saúde mental em municípios com menos de quinze mil habitantes; 3) dificuldades de definição do papel das chamadas comunidades terapêuticas no campo assistencial, financiadas pelo poder público.

No campo da organização regional do cuidado em saúde mental, os processos de regionalização são orientados pelos princípios de descentralização e regionalização, impressos na Lei nº 8080 de 1990⁷, a qual estabelece responsabilidades interfederativas, dando origem a modelos de arranjos regionais. Essa organização consolida uma interdependência entre governos municipais, estaduais e federais, com objetivo de garantia de integralidade na assistência à saúde. Dessa forma, os estados da federação estabelecem regionalizações que garantam assistência integral à saúde, num processo que envolve diferentes campos, incluindo a saúde mental. Num âmbito histórico, a articulação Inter federativa, envolvendo a descentralização e regionalização no SUS, se evidenciam da Portaria nº 399 no ano de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, o qual consolida as diretrizes para gestão do SUS dentro do Pacto de Gestão⁸.

No contexto da regionalização, Viana e Izzi⁹ identificam escassas experiências que configuram arranjos regionais, reflexo das dificuldades na composição de ações setoriais e intersetoriais, resultado de uma conjuntura política, institucional e econômica que dificulta o processo de regionalização e descentralização. Ainda que existam particularidades regionais no campo da saúde mental, o funcionamento da rede reflete um modelo assistencial formulado pelo Ministério da Saúde.

Outro impasse presente na política de saúde mental inclui a existência, financiamento e inclusão formal na rede das chamadas comunidades terapêuticas, dispositivos cujas práticas destoam do modelo de atenção preconizado pela política nacional de saúde mental. Ao longo dos últimos oito anos houve uma expansão dos investimentos de recursos públicos para contratação de leitos de comunidades terapêuticas, de diferentes fontes e origens. Essa diversidade implica descontrole do montante de recursos destinados a esses serviços. A dificuldade em categorizar esse modelo de atenção como dispositivo de abrigamento, serviço social ou de saúde traz impasses na regulamentação e fiscalização, o que tem como desdobramento o grande número de denúncias de maus tratos e violações de direitos humanos nestes serviços^{10,11}. Da mesma forma, a baixa articulação das comunidades terapêuticas com o restante dos serviços da rede de atenção em saúde mental inviabiliza a definição de seu papel na garantia de cuidado integral¹².

O impacto desse cenário junto aos gestores estaduais aponta para a necessidade de formulação de estratégias locais e desenvolvimento de tecnologias de intervenção. Simon e Batista¹³ apontam entre as funções das coordenações estaduais junto a Saúde mental: implantação de instâncias de gestão regional em saúde; regulamentação da gestão do sistema e serviços nas regiões de saúde; promoção da pactuação e formalização de compromissos entre entes governamentais em âmbito regional; fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e outros órgãos de gestão descentralizada do SUS em âmbito regional.

Da mesma forma, a gestão estadual teria, no arranjo Interfederativo, a função de desenvolvimento de instrumentos legais e normativos de pactuação e formalização de compromissos em saúde mental; mecanismos e instrumentos utilizados para o fortalecimento dos municípios (visitas, supervisões, treinamentos).

Esse contexto de necessidade de análise dos gargalos identificados nas gestões estaduais e formulação de modelo de atenção regional deu origem a um projeto de identificação, análise e formulações de propostas a partir do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Essa entidade iniciou, em 2024, um processo de 1) identificação dos principais desafios no campo da atenção em saúde mental; 2) análise do funcionamento de redes regionais com desenvolvimento de indicadores e modelagem de atenção regional da rede de saúde mental e; 3) desenvolvimento de manual de boas práticas assistenciais e de gestão estadual em saúde mental.

Os achados deste artigo correspondem aos dados obtidos a partir de um conjunto de entrevistas realizadas junto a coordenadores e referências técnicas estaduais em saúde mental. As entrevistas tinham como objetivo identificar os principais gargalos e desafios no campo da gestão pública estadual, quais as estratégias que vêm sendo desenvolvidas pelos gestores e quais os impasses para expansão de acesso e cuidado integral.

Metodologia

Trata-se de um estudo de característica qualitativa, com entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente, de forma não presencial, mas síncrona, utilizando plataforma Meet, de fácil acesso para gestores públicos em todo o país. A equipe técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) criou um formulário digital contendo uma planilha de contatos de coordenadores estaduais de saúde mental a serem entrevistados. Foi organizado um encontro virtual, para o qual todos os gestores estaduais foram convidados a participar, tendo sido apresentada uma proposta preliminar e realizado o convite para participação no estudo. O roteiro da entrevista semiestruturada envolvia: 1) relatos sobre a organização da gestão junto à secretaria e intersetorialidade, estratégias de gestão, formas de cofinanciamento estadual, existência de modelo de atenção regional; 2) gargalos assistenciais; 3) experiências inovadoras.

O conteúdo das gravações foi transcrito com seu conteúdo analisado, posteriormente comparado a um resumo produzido com auxílio de IA, por meio do programa IramutecR. Foi utilizado o método de saturação para definir o limite da amostragem. O método tem, como base, que a partir de um determinado ponto a coleta de novos dados não acrescenta mais informações relevantes para a construção teórica da pesquisa. Nesse ponto é identificado um padrão de repetição de informações e, a partir daí, os dados coletados são suficientes para responder às questões de pesquisa e construir uma compreensão sobre o fenômeno em estudo.

A identificação da saturação a partir da análise de conteúdo se deu considerando-se o seguinte: 1) Repetição de categorias: quando novas categorias deixam de surgir e as existentes se repetem com frequência. 2) Estabilidade dos dados: quando os dados coletados começam a apresentar um padrão e não há mais surpresas¹⁴. A coleta e a análise dos dados seguiram a seguinte ordem: a) Codificação: organizar os dados em categorias e subcategorias, buscando identificar padrões e temas. b) Análise: interpretar os dados codificados, buscando construir uma teoria que explique o fenômeno em estudo. c) Validação: comparar os resultados com

a literatura existente e com outros estudos semelhantes. d) Saturação: verificar se os dados coletados são suficientes para responder às questões de pesquisa e construir uma teoria sólida.

Resultados

Todos os gestores convidados para participação no estudo aceitaram. Entretanto, após doze entrevistas identificou-se saturação de dados e a coleta foi interrompida. As entrevistas tiveram em média 90 minutos de duração e, segundo a metodologia, foram transcritas para análise posterior. Regionalmente, as doze entrevistas realizadas se dividiram da seguinte forma: duas foram realizadas com gestores da região Sudeste; três da região Norte; duas da região Sul; três da região Nordeste e duas da região Centro Oeste.

O primeiro bloco de dados coletados se refere às características gerais da gestão em saúde mental dos estados. Em referência à organização regional do planejamento de gestão, todos os planos estaduais descritos envolviam a divisão do território em microrregiões, nas quais eram aplicados nos municípios as referências populacionais das portarias do Governo Federal. No estado da Paraíba, por exemplo, o planejamento envolvia a delimitação das microrregiões, a descrição dos municípios na área circunscrita e a aplicabilidade de implantação de serviços com base na população municipal.

Em sua maioria, os estados não desenvolviam planos regionais que envolvessem um conjunto de serviços de cobertura intermunicipal. O detalhamento e alcance dos planos regionais variou muito com referência às entrevistas, partindo da avaliação populacional e aplicabilidade de abertura de serviços até o planejamento de organização administrativa, fluxos de usuários do sistema, com formas de regulação regional.

Identificou-se que coordenações ou referências técnicas dos estados não desempenham papel administrativo ou financeiro. Quase a totalidade dos entrevistados não acessava dados do planejamento orçamentário, referente a valores de cofinanciamento estadual, gastos com educação permanente ou fontes de investimento na rede de saúde. Nos estados que disponibilizavam formas de cofinanciamento estadual, identificou-se grande heterogeneidade quanto ao objeto; podendo estar focado em alguns serviços específicos (como CAPS de referência regional e funcionamento 24 horas), para programas estaduais com organização de redes regionais (unidades de acolhimento para crianças e adolescentes, como no Paraná). A totalidade dos gestores entrevistados mantinha comunicação regular com coordenações de saúde mental municipais ou referências regionais.

Desafios gerais no campo da saúde mental

Os entrevistados apontaram três desafios gerais, que os gestores compreendem como problemas emergentes nos últimos anos e presentes no cotidiano da gestão. Esses se distinguem de dois gargalos principais que serão descritos mais adiante e que foram identificados a partir da análise de conteúdo por saturação.

a) regionalização do cuidado - os coordenadores e referências técnicas em saúde mental apontam dificuldades na integração de princípios de territorialidade como eixo conceitual de cuidado em saúde mental e as heterogeneidades regionais. Os desafios na regionalização do cuidado foram sistematizados em três pontos: a) *desigualdades regionais*: todos os estados apresentam desigualdades no acesso aos serviços de saúde mental, com as regiões mais distantes dos centros urbanos sendo as mais prejudicadas. Da mesma forma, municípios de menor porte, especialmente aqueles com população inferior à mínima para abertura de centros de atenção psicossocial. b) *dificuldades de articulação*: falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo e entre os diversos serviços de saúde foi apontado frequentemente como um grande desafio. Essa desarticulação se dá em diferentes níveis; no âmbito dos próprios estados,

situações de disputa política entre prefeituras e governo do estado; junto ao governo federal e nas próprias regionais de saúde. c) *demandas de qualificação*: os entrevistados apontaram que processos de educação permanente dos profissionais de saúde mental são fundamentais para garantir a qualidade de serviços - alguns estados apresentam programas robustos de qualificação em saúde mental nos serviços, como é o caso do Paraná. Entretanto, boa parte dos estados apresenta importante dependência de atuação do governo federal, em especial na região Norte. Uma demanda de qualificação bastante presente é a retomada de supervisão clínico institucional nos serviços de saúde mental.

b) recursos humanos - a totalidade dos gestores da região norte e a quase totalidade dos gestores da região nordeste apontou para a falta de profissionais qualificados e dispostos a atuar na rede pública, principalmente no interior dos estados e em especial psiquiatras. A concentração populacional nas capitais e as grandes distâncias entre os municípios, assim como sua grande extensão geográfica aparecem como grande desafio para a alocação de profissionais nos serviços. Estados no Sul e Sudeste apresentam maior disponibilidade de trabalhadores de saúde mental, mas apontam a preferência de médicos psiquiatras em permanecer exclusivamente na rede privada. Boa parte dos CAPS apresenta equipes incompletas. Outra observação é que a modalidade de contratação dos trabalhadores, frequentemente terceirizados, apresenta baixa vinculação com os serviços, permanecendo pouco tempo e, com isso, prejudicando a vinculação com os usuários.

c) Assistência a portadores de transtornos do espectro autista - foi apontada a existência de pressão para implantação de serviços específicos para portadores de transtornos do espectro autista, com frequente crítica à inadequação do modelo dos centros de atenção psicossocial na abordagem desta população. A quase totalidade dos gestores relata desenvolver programas de identificação de portadores desses transtornos, por meio de carteiras de identificação. Alguns estados planejam o desenvolvimento de serviços específicos para essa população. Esse é o caso de São Paulo, que está em fase de estudo de custeio de uma rede exclusivamente voltada para portadores de transtorno do espectro autista.

Principais Gargalos

Estão descritos a seguir os principais gargalos identificados pelos gestores entrevistados. Esses se diferenciam dos chamados desafios já descritos por terem ocupado uma ampla descrição durante as entrevistas, identificados na análise de conteúdo como os mais frequentes, com descrição mais detalhada e com diversos desdobramentos.

1 - Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte, ações de saúde mental na atenção primária e dificuldades de acesso à saúde mental

As entrevistas mostraram uma forte associação entre esses fenômenos. Segundo os entrevistados, a legislação de saúde mental não oferece a possibilidade de abertura de serviços especializados em municípios com menos de quinze mil habitantes, o que, somado à insuficiência de ofertas assistenciais na atenção primária, culminam numa dificuldade de acesso ao cuidado. De acordo com os entrevistados, as dificuldades envolvem falta de recursos, uma vez que municípios menores geralmente possuem maior dificuldade de custear a assistência em saúde mental, limitando a oferta de serviços e a contratação de profissionais especializados. Da mesma forma, serviços de referência intermunicipal, especialmente entre municípios de pequeno porte, apresentam dificuldades de acesso em decorrência da distância geográfica, da falta de transporte adequado e da inexistência de modelo de atenção intermunicipal em saúde mental. Municípios de pequeno porte apresentam também falta

de profissionais especializados, não existindo políticas de vinculação de profissionais a municípios de pequeno porte. Essa afirmação foi mais frequente nos estados da região Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

Ainda conforme os entrevistados, o modelo de atenção à saúde mental na atenção primária, pautado na atuação de profissionais das E-multis, que seria a referência de atenção, é insuficiente diante do aumento de demandas assistenciais, como transtorno do espectro autista, transtornos relacionados com apostas, saúde mental nas escolas e transtornos mentais associados ao trabalho.

2 - Comunidades Terapêuticas (CTs)

As comunidades terapêuticas que tiveram seu financiamento estendido ao longo dos últimos oito anos, tendo aumentado sua participação no campo assistencial, possuem um modelo de atuação divergente dos princípios de funcionamento da rede de saúde mental. Segundo os entrevistados, as principais dificuldades de gestão relacionadas às CTs são: a) falta de regulamentação: maioria dos textos aponta para a ausência de uma regulamentação clara e efetiva para as CTs, o que leva a uma grande variedade na qualidade dos serviços oferecidos e à dificuldade de fiscalização. A impossibilidade de fiscalização, por sua vez, traz também a ausência de parâmetros de classificação dessas instituições, tanto em relação à sua capacidade assistencial quanto em relação à violação ou não de direitos humanos. b) concorrência com a rede pública: As CTs são frequentemente vistas como concorrentes da rede pública de saúde mental, disputando recursos públicos, modelo assistencial e usuários da rede. Uma característica das comunidades terapêuticas que as coloca em oposição ao restante da rede territorial é o fato de não haver parâmetros populacionais, mas haver, por parte das próprias instituições, grande flexibilidade na definição do perfil do usuário. Dessa forma, as comunidades terapêuticas são compatíveis com usuários de álcool e drogas em período de abstinência, intoxicação, em situações de prevenção à recaída. Os coordenadores estaduais descreveram ainda muitas situações de institucionalização de pessoas em situação de rua, e de pessoas com transtorno do espectro autista. Ainda assim, a maior parte dos gestores entrevistados aponta questionamentos sobre a efetividade das CTs no tratamento de pessoas com transtornos mentais e dependência química, com poucas evidências científicas que comprovem sua superioridade em relação a outros modelos de cuidado. Os coordenadores de saúde mental apresentam visão fortemente crítica às CTs. c) Processos de Judicialização: A judicialização da internação em CTs aparece, como problema de gestão, de forma recorrente, com muitas dessas instituições sendo utilizadas como alternativa à internação hospitalar, mesmo sem a devida indicação clínica.

Discussão

Regionalização, municípios pequenos e saúde mental na atenção primária - O movimento da reforma psiquiátrica, que se desenvolveu nos anos 1980 e 1990 como uma proposta para processos de desinstitucionalização, a partir de 2001 se constitui como um projeto de atenção integral associada ao sistema único de saúde¹⁵. A portaria do Ministério da Saúde 10.216, publicada em 2002 e que redirecionava o modelo assistencial, caracterizava os serviços de saúde mental no território, criava referências para o desenvolvimento do trabalho de forma convergente ao modelo institucional e criava formas de financiamento dos serviços pelo governo federal. A partir da organização desse modelo, as novas demandas que surgiram posteriormente deram origem a 1) desenvolvimento de tecnologias leves de cuidado e de organização do sistema; ou 2) criação de novos dispositivos de atenção.

Entre as demandas que surgiram posteriormente à publicação da primeira portaria dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estão o aumento do número de usuários de cocaína/crack no país, surgimento de grandes

áreas públicas de uso de drogas, aumento das demandas referentes à saúde mental junto à atenção primária à saúde e aumento das demandas à saúde mental entre pessoas em situação de rua, entre várias outras. As tecnologias leves desenvolvidas no sentido de dar funcionalidade mais ampla aos serviços de saúde mental envolveram o desenvolvimento do conceito de atenção à crise, as ações de apoio matricial à atenção primária, práticas como acolhimento, visita domiciliar e serviços “porta aberta”¹⁶. Várias tecnologias como supervisão clínico institucional e apoio matricial foram formuladas nesse contexto e período, sendo muitas delas incorporadas às políticas de humanização do SUS posteriormente. Da mesma forma, novos dispositivos surgiram no âmbito da necessidade de expansão do campo e das práticas assistenciais em saúde mental. Como exemplo, podem ser citadas: projetos de consultórios de rua, Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas de funcionamento 24 horas e unidades de acolhimento, núcleo de apoio à saúde da família (NASF).

A partir de 2016 houve um arrefecimento nesse processo de expansão de tecnologias e diversificação de estratégias institucionais de intervenção. A isso se somou, especialmente a partir de 2017, como reflexo da lei de terceirizações e da reforma trabalhista, amplo processo de precarização de vínculos de trabalho em nível nacional¹⁷. Parte dos gestores entrevistados apontou a precarização como resposta à diminuição proporcional do valor do custeio dos serviços e estratégias de saúde mental. O período de 2016 a 2023 envolveu a diminuição proporcional do custeio por meio da interrupção das reposições inflacionárias deste período. Com a pandemia de covid-19, diferentes fenômenos associados à saúde mental, mas sem respostas específicas e claras da política, se expandiram em relação ao impacto epidemiológico, impacto junto à mídia, além do surgimento de novas condições, como violência e massacre nas escolas, expansão do diagnóstico de transtornos do espectro autista e dependência em jogos eletrônicos. As mudanças no mundo do trabalho, com surgimento de novas modalidades de vínculo e novas atividades, como trabalhadores plataformizados, implicaram nova relação entre sofrimento mental e trabalho, entre várias outras transformações da sociedade brasileira no período.

Entre 2017 e dezembro de 2022, a Associação Brasileira de Psiquiatria passou a indicar as coordenações de saúde mental no âmbito federal. O conjunto de críticas que as corporações médicas apresentavam em relação ao modelo de atenção pautado no movimento da reforma psiquiátrica se retratou no congelamento dos valores de custeio dos serviços de saúde mental e na tentativa de revogação da legislação então vigente. Da mesma forma, houve naquele período grande aporte de financiamento público a comunidades terapêuticas, que passaram a ser geridas numa secretaria criada no Ministério da Família e Direitos Humanos, sendo o secretário também indicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Aquele foi um período considerado de estagnação e poucos avanços no campo da saúde mental, que foi descrito como uma contra-reforma psiquiátrica¹⁸.

A partir do início de 2023, as mudanças de ordem política permitiram que fossem retomadas as adequações de custeio dos serviços de saúde mental. O processo, no entanto, não observa algumas lacunas do conjunto de ações do campo no Sistema Único de Saúde que atravessam décadas e se tornaram evidentes no período pós-pandemia. A análise das entrevistas é bastante emblemática nesse sentido, na medida em que aponta no cotidiano da gestão o impacto de a política não formular modelos que superem tais lacunas.

A inexistência de modelo que garanta acesso universal à rede de saúde mental em municípios de pequeno porte, a insuficiência do dimensionamento previsto no E-saúde para as demandas em saúde mental na atenção primária e a inexistência de modelo de atuação de rede intermunicipal são exemplos de situações identificadas pelos gestores e que retratam a necessidade da diversificação de soluções para novas demandas assistenciais. Um ponto levantado por um entrevistado é que, na medida em que municípios de grande porte apresentam mais incentivos de implantação e maior viabilidade financeira de expansão da rede, passa a existir a tendência de concentração das ofertas de saúde mental em poucos municípios de referência regional. Essa tendência tem como desdobramento serviços de características comunitárias atuarem com referencial biomédico, aproximando

suas práticas daquelas conhecidas como ambulatoriais. Isso ocorre por haver pouca possibilidade de atuação comunitária, flexibilização das práticas em decorrência das características populacionais e desenvolvimento de vínculos entre equipe e usuários.

Nesse sentido, diferentes autores abordaram o tema de organização regional do cuidado em saúde mental e desassistência. Macedo (2017)¹⁹ identificou situações regionais de vazios assistenciais, associados a situações de desigualdade das condições socioeconômicas no âmbito de grande diversidade regional. Esse cenário implica dificuldades variáveis de acesso e, conseqüentemente, dificuldade resolutiva da rede, sendo que o cenário se torna mais complexo por formas diferentes de financiamento regional e dificuldade de colaboração entre os municípios. Gama et al (2020)²⁰ ainda apontam para a necessidade do aperfeiçoamento das relações intermunicipais, com a construção de acordos entre os entes governamentais para superação de disputas por recursos.

Ainda que o processo de regionalização observado junto aos gestores municipais obedeça aos princípios consolidados desde 2006, identificamos grande heterogeneidade em relação aos entrevistados. Alguns dos estados adotam o modelo de consórcios intermunicipais como instrumentos de gestão administrativa e financeira. Outros apresentam desafios relacionados à extensão das áreas delimitadas pelas regionais e outras pela dimensão dos municípios. Outros elementos de heterogeneidade são referentes à garantia de integralidade do cuidado em áreas regionais. Algumas das regiões apresentam hospitais psiquiátricos como o eixo de organização do cuidado. Algumas dessas regionais são ainda organizadas a partir de serviços comunitários de funcionamento 24 horas. Mas, de forma geral, não existe uma formulação consistente da relação entre territorialidade e referência regional. Os gestores entrevistados identificam dificuldade em garantir a característica territorial do serviço, (pautando suas práticas na caracterização demográfica, epidemiológica, econômica e cultural) quando ele passa a atuar regionalmente.

Comunidades terapêuticas: Resolvendo regionalmente os impasses da política nacional - A incorporação das comunidades terapêuticas como parte da rede de atenção em saúde mental (RAPS) se deu em 2011, após pleito de federações junto ao executivo e legislativo ao longo de vários anos. Ainda que as CTs façam parte, formalmente, da RAPS, movimentos sociais apoiam há vários anos que esta incorporação seja revogada com a mudança em portarias do Governo Federal, uma vez que se trata de um modelo cujos fundamentos se distinguem daqueles norteadores da política de saúde mental. Entre as características responsáveis por esse contraste estão: isolamento social, restrição de liberdade, rigidez num programa que não tem flexibilidade em função do usuário, restrição ao contato com o mundo externo, trabalho forçado, registros de aplicação de punições físicas, como espancamentos, e psicológicas, como humilhações públicas, violação à liberdade religiosa e involuntariedade das internações²⁰⁻²³.

Uma das dificuldades de gestão destes desses serviços está relacionada à sua tipificação como serviço de abrigo ou de saúde. Esse fato se soma à expansão do modelo de financiamento a partir de emendas parlamentares, que criou um cenário de baixa fiscalização, baixa atribuição de papel no âmbito da política de saúde mental, inexistência de parâmetros populacionais para financiamento, e ausência de mecanismos regulatórios de acesso. O resultado desse conjunto de fenômenos, que puderam ser identificados pelos gestores entrevistados, aponta para uma flexibilização do papel que as CTs passaram a desempenhar na política de cuidado a usuários de álcool e drogas, uma vez que podem ser financiadas sem contrapartida municipal, sem população mínima de implantação e sem perfil de usuários definido no âmbito da RAPS. Nessa ausência de acompanhamento do poder público, as CTs passaram a desempenhar vários papéis, como serviços de abrigo para pessoas em situação de rua, pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, demandas judiciais de internação prolongada, entre outras funções definidas circunstancialmente.

É bastante preocupante a possibilidade de instituições privadas não fiscalizadas, e com financiamento público, desempenharem diferentes funções a partir de necessidades locais. Esse processo tende a descaracterizar a rede de atenção com um todo e dar suposta resolutividade a estratégias que resgatam uma política centrada em internações psiquiátricas. O modelo de financiamento, ainda, não permite controle do número de leitos financiados e sua relação com o restante dos serviços públicos da RAPS. Essa flexibilidade de financiamento, contratação e funcionamento permitem que as CTs atuem como oferta a áreas que permanecem como lacunas na política nacional de saúde mental.

Referências

1. Santos LFM, Amorim D de FA, Costa MEA, Coelho PC, Gomes BS. O uso de medicamentos e métodos de intervenção em pacientes diagnosticados com TEA: Medicamentos e os Métodos de Intervenção. FESA [internet]. 2022 [acesso em 3 mar 2025];1(20):26-39. Disponível em: <https://revistafesa.com/index.php/fesa/article/view/211>.
2. Soares LK, Vaz NS, Maia GA, Lima Netto AM. Medicalização psicotrópica no tratamento do Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA): uma visão da família e da criança. VITTALLE [internet]. 2024 [acesso em 3 mar 2025];36(1):10-23. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/14902>.
3. Soares LK, Vaz NS, Maia GA, Lima Netto AM. Medicalização psicotrópica no tratamento do Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA): uma visão da família e da criança. VITTALLE [internet]. 2024 [acesso em 3 mar 2025];36(1):10-23. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/14902>.
4. Gruber AG, Hamada AKC, Cassol MEG, Goldim MPS. Afastamento do trabalho por transtornos mentais no Sul do Brasil entre 2009 a 2018. Rev Saúde Pública Paraná [internet]. 2021 [acesso em 3 mar 2025];4(4):17-8. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/582>
5. Soares FC, Stahnke DN, Levandowski ML. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. Rev panam salud pública [internet]. 2022 [acesso em 3 mar 2025];46:e212. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.212>.
6. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. Rev latinoam psicopatol fundam [internet]. 2014;17(1):69–84. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.
7. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. A Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:18055.
8. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Ministério da Saúde. Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação Do Sus E Aprova As Diretrizes Operacionais Do Referido Pacto.
9. Viana ALD, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cad saúde pública. 2019;35. Doi: [10.1590/0102-311x00022519](https://doi.org/10.1590/0102-311x00022519).
10. Conselho Federal de Psicologia - CFP. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. – Brasília (DF): 2011.
11. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Conselho Federal de Psicologia. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. Brasília (DF): 2018.
12. Bardi G, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2022 [acesso em 3 mar 2025];27(4):1557-1566. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>.
13. Simon AG, Baptista TWF. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Cad saúde pública. 2011;27:2227-2241.
14. Zermiani TC, Freitas RS, Ditterich RG, Giordani RCF. Discourse of the Collective Subject and Content Analysis on qualitative approach in Health. RSD [internet]. 2021 [acesso em 4 mar 2025];10(1):e57310112098. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12098>.

15. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2009 [acesso em 4 mar 2025];14(1):297–305. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>
16. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental: Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2011;16(7):3051–60. Doi: [10.1590/S1413-81232011000800005](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005)
17. Brasil. Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. *Diário Oficial da União*. 31 mar 2017; Seção1:1.
18. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab educ saúde* [internet]. 2020;18(3):e00285117. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
19. Macedo, JP et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde soc* [internet]. 2017 [acesso em 15 ago 2021];26(1):155-170. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>.
20. Gama, C. A. P. da ., Guimarães, D. A., Coelho, V. A. A., Carvalho, R. C., Campos, C. G., & Fraga, A. M. de S.. (2020). A implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(2), 278–287. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028020301>
21. Conselho Federal de Psicologia - CFP. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; 2011.
22. Conselho Federal de Psicologia – CFP. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas; 2017. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018
23. Santos ANS, Cazeiro F, Fonseca LM, Fraga FV, Sousa CS, Ferreira SB, Santos IMV. (2024). Os novos manicômios: contrar-reforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. *Caderno Pedagógico*. 2024; 21(12), e11224-e11224.

ARTIGO

A articulação em rede no cuidado em saúde mental sob a ótica da Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo

Network articulation in mental health care from the perspective of Primary Health Care in the State of São Paulo

Lígia Rivero Pupo¹, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

Algumas fragilidades e vulnerabilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado em saúde mental têm sido apontadas em estudos anteriores. No entanto, o seu fortalecimento, bem como o investimento intencional no trabalho articulado em rede para melhorar o acesso e a resolubilidade dos casos são indispensáveis, dado seu papel central na organização e bom funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Este artigo visa analisar, com base em pesquisa empírica, aspectos referentes ao acesso aos pontos de atenção, ao uso do Apoio Matricial e algumas características dos encaminhamentos em casos de sofrimento mental a partir da ótica da rede de atenção primária (APS) do estado de São Paulo. Os resultados indicam que os CAPS são os serviços mais utilizados pela APS, mas que existe um grande vazio assistencial em relação a esse dispositivo em suas diversas modalidades. Também indicam que as Unidades de Acolhimento e os equipamentos associados a estratégias de reinserção e reabilitação psicossocial são praticamente inexistentes em todo o território paulista. A participação da APS em reuniões de rede e o uso do apoio matricial são incipientes e os encaminhamentos são muito frequentes, mas ainda com baixo seguimento dos casos. Faz-se necessário promover o trabalho em rede, compartilhado e interdisciplinar.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Saúde Mental; Rede de Cuidados Continuados de Saúde

Abstract

Some weaknesses and vulnerabilities of the PHC in mental health care have been highlighted in previous studies. However, its strengthening, as well as the intentional investment in networked work to improve access and case resolution, are essential given its central role in the organization and proper functioning of the Psychosocial Care Network (RAPS). This article aims to analyze, based on empirical research, aspects related to access to care points, the use of Matrix Support and some characteristics of referrals in cases of mental suffering from the perspective of the primary care network (APS) of the state of São Paulo. The results indicate that the CAPS are the services most used by the PHC, but that there is a large gap in care in relation to this device in its various modalities. They also indicate that the Reception Units and the equipment associated

^I Lígia Rivero Pupo (ligiapupo@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), mestre em Ciências da Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/ SES-SP).

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga pela Universidade de São Paulo (USP), mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica e professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP).

with psychosocial reintegration and rehabilitation strategies are practically nonexistent throughout the state of São Paulo. The participation of PHC in network meetings and the use of matrix support are incipient and referrals are very frequent, but there is still low follow-up of cases. It is necessary to promote networking, shared and interdisciplinary work.

Keywords: Primary health care; Mental health; Continuing Health Care Network

Introdução

Apesar dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira desde o final dos anos 1970, até sua formalização jurídico-legal pela Lei nº 10.2166 em 2001,¹ promovendo uma mudança radical e paradigmática no modelo de cuidado em saúde mental, vários desafios políticos, estruturais, operacionais, legais, financeiros e clínicos têm sido apontados por gestores, técnicos e pesquisadores da área de saúde mental.⁴⁻⁷

Entre os desafios estruturais para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, podemos apontar a importância e a centralidade do fortalecimento do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na concretização da reforma psiquiátrica brasileira, dado seu papel como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A APS é importante na identificação precoce e adequada do sofrimento mental, no possível manejo interdisciplinar, compartilhado, continuado e territorial de cada caso, e na coordenação dos fluxos e contrafluxos de cuidado. O seu potencial de acompanhamento de alterações das situações de saúde e comorbidades reside no conhecimento das famílias, de suas condições de vida e potencialidades, na análise constante das fragilidades sanitárias e problemas mais prevalentes no território, bem como maior clareza das possibilidades e recursos existentes no local.⁷⁻⁹

Ademais, apesar de o estado de São Paulo ter ainda uma baixa cobertura total de APS em relação a outras regiões do país (60,33% de cobertura)¹⁰, uma pesquisa realizada por Pupo et al.⁷ revelou que 80% das unidades de atenção básica do estado identificam diariamente ou semanalmente demandas associadas ao sofrimento mental, o que indica a importância da atenção primária como espaço estratégico para o acesso inicial, acolhimento, avaliação de riscos, cuidado e acompanhamento longitudinal dessas demandas.

A despeito disso, vários estudos ainda indicam a fragilidade da APS no cuidado em saúde mental devido a vários fatores: despreparo, insegurança e resistência dos profissionais em relação à variedade de condições relacionadas ao sofrimento mental e suas diferentes formas de manejo; compreensão de que a complexidade da saúde mental exige o cuidado somente de especialistas; falta ou rotatividade de profissionais e equipes incompletas; ausência de articulação em rede e trabalho interdisciplinar por meio de ações de apoio matricial; inexistência de linhas de cuidado e diretrizes operacionais para as condições de saúde mental, tanto definidas pelo estado, como pelas regiões e municípios; falta de planejamento das unidades básicas em relação à atenção à saúde mental; carência de estratégias pactuadas para assistência à crise em saúde mental; sobrecarga e excesso de demandas de várias naturezas; negligência ou baixo uso da territorialização como informação para o planejamento das ações; e deficiente comunicação com os outros serviços da rede de atenção.^{4,7-9,11}

Essas vulnerabilidades contribuem para o excesso de encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados e de urgência, o que sobrecarrega estes equipamentos e prejudica o acesso ao cuidado.¹²

Assim, para garantir o acesso e a qualidade do cuidado psicossocial em saúde mental no Brasil, bem como no estado de São Paulo, faz-se necessário não apenas o investimento intensivo nas equipes e unidades da APS, mas o fortalecimento intencional do trabalho em rede no SUS, pois uma rede assistencial integral e eficiente em saúde mental precisa contar com os diferentes níveis de atenção funcionando de forma articulada, com clareza do papel de cada ponto de atenção.^{8,9} De modo equivalente, é fundamental o investimento no processo de regionalização em saúde para garantir a pactuação, o trabalho coordenado e coeso e o acesso universal a

todos os níveis de cuidado, desde a prevenção e a atenção ao sofrimento leve, até as situações de crise que necessitam de cuidados especializados.^{12,13}

A regionalização é uma estratégia para garantir a oferta suficiente de serviços e ações de cuidado, visando integralidade, cooperação, resolubilidade, redução de custos, diminuição de desigualdades e satisfação do usuário¹³. No entanto, pesquisas e estudos mostram o quanto a distribuição de recursos da RAPS no Brasil é ainda desigual, principalmente entre municípios de pequeno e médio portes^{12,13}. Ainda existem desigualdades regionais, e inúmeros vazios assistenciais, principalmente em municípios pequenos, com baixa implantação de CAPS III, CAPS IJ, e CAPS ad, que acabam contando apenas com a atenção primária, muitas vezes sem preparo para dar resposta às diversas situações ligadas à saúde mental, uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

O acesso, visto como o *grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados em saúde e o conjunto de obstáculos existentes para o cuidado*¹⁴, possui muitos componentes, sendo a disponibilidade, ou seja, o volume e tipo de serviços disponíveis numa região, e sua localização geográfica, dois importantes fatores a serem resolvidos¹⁵. Para isso, o planejamento e cooperação regional baseados na análise do território e contexto epidemiológico e social, bem como o trabalho em rede dentro de cada município se tornam essenciais.

Outra estratégia, que tem sido utilizada ao redor do mundo para fortalecer e aumentar a resolutividade das ações de cuidado da rede básica de saúde, é a implementação de dispositivos de integração em rede que promovam o trabalho conjunto entre profissionais da atenção primária e especialistas, tais como as ações de cuidado colaborativo e compartilhado.

No Brasil, essa estratégia de trabalho em rede, que aumenta o diálogo interprofissional e produz responsabilização pelos casos, é denominada Apoio Matricial, e tem sido bastante central para o manejo dos casos de saúde mental. Tal ferramenta de cogestão e de organização do cuidado tem sido considerada extremamente relevante para diminuir a fragmentação do trabalho e para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados. Além disso, o apoio matricial se mostra capaz de diminuir a burocratização e rigidez dos fluxos entre as equipes e serviços, impulsionando a integralidade da atenção, a qualidade, a eficiência e a continuidade do cuidado.^{4,5,11}

Um último problema relacionado à articulação em rede para o cuidado em saúde mental na APS é a perpetuação da lógica do encaminhamento sem avaliação e sem discussão. Vários estudos revelam que a ação mais executada pela rede básica em relação a casos de saúde mental é o encaminhamento para profissionais e serviços especializados, com transferência de responsabilidade para eles.^{5,15} Essa situação revela a descontinuidade das ações entre os níveis de atenção, com baixa responsabilização pelo seguimento dos pacientes. O momento oportuno para o encaminhamento, bem como a forma como ele é feito, para qual profissional e para qual lugar é enviado o caso, são aspectos importantes para entender a qualidade e efetividade dessas ações.¹⁵

As ações de cuidado colaborativo e o Apoio Matricial têm sido vistas como formas relevantes de personalizar o encaminhamento e a coordenação do cuidado, estimulando o diálogo e provocando reflexões entre os profissionais da APS e as equipes especializadas.^{5,16}

Arvoramos a hipótese de que uma maior compreensão da implantação e funcionamento da RAPS paulista depende de conhecer a forma como as unidades de APS percebem e se inserem no trabalho em rede para o cuidado em saúde mental, tanto dentro do município quanto nas microrregiões de saúde. Isso significa evidenciar o modo como utilizam e incorporam os dispositivos colaborativos de integração do cuidado, como o apoio matricial, bem como a forma que realizam o encaminhamento dentro da RAPS.

Dessa forma, este artigo visa analisar aspectos referentes ao acesso aos pontos de atenção, ao uso do apoio matricial e algumas características dos encaminhamentos em casos de sofrimento mental a partir da ótica da rede básica de saúde do estado, e com isso dar pistas das necessidades, fragilidades, desigualdades, inconsistências, forças e potencialidades da RAPS em São Paulo.

Métodos

O artigo faz parte do projeto intitulado *Inquérito sobre Tecnologias de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde no Estado de São Paulo*. Trata-se de estudo transversal quantitativo, realizado em serviços de Atenção Básica à Saúde do estado de São Paulo.

Para a identificação desses serviços, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), selecionando-se os tipos “Posto de Saúde”, “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde” e “Unidade de Saúde da Família”, com base na competência abril /2017, resultando em 4.941 estabelecimentos de saúde.

Para fins de cálculo do tamanho da amostra, foram considerados domínios de estudo: municípios com hospitais psiquiátricos (à exceção de São Paulo), municípios com menos de 25 mil habitantes, de 25 a 100 mil habitantes, acima de 100 mil habitantes (à exceção de São Paulo) e o município de São Paulo. Para que a amostra fosse de 100 unidades no menor domínio, foram sorteadas 1.000 unidades, excluindo-se 45 estabelecimentos que não satisfaziam os critérios de funcionarem efetivamente como unidade de Atenção Básica ou que estavam desativadas, totalizando 955 unidades como amostra do estudo.

Para a realização das entrevistas, o roteiro foi enviado previamente, após autorização das respectivas Secretarias Municipais de Saúde e dos gestores das unidades sorteadas, solicitando-se que os funcionários da unidade procurassem responder ao questionário em conjunto. Posteriormente, as entrevistas foram conduzidas, por meio telefônico, por profissionais experientes e gravadas mediante software próprio, e as respostas foram computadas em planilhas próprias.

O roteiro constou de diversas questões, distribuídas em cinco blocos: (1) caracterização da unidade; (2) identificação dos problemas e necessidades associados ao sofrimento mental; (3) forma de organização do cuidado e fluxos de atenção para atender as demandas associadas à saúde e ao sofrimento mental; (4) intervenções em saúde mental oferecidas e suas características; (5) articulações intersetoriais para responder às necessidades ligadas à saúde e ao sofrimento mental. Para este artigo, foram analisadas algumas questões dos blocos 1 e 3:

1. Quais equipamentos de atenção à saúde mental existem no município ou em outro município e quais foram utilizados?
2. A unidade fez reunião de matriciamento? Quem fez o matriciamento? Quais foram os motivos para fazer o matriciamento? Esta unidade faz encaminhamentos de casos de saúde mental? A unidade faz ou acompanha a efetivação dos casos encaminhados?

Essas questões foram tabuladas em dados percentuais com a aplicação do software SPSS Statistics 20. Para algumas análises, foi considerado o porte populacional como categoria de análise, pelo fato de poder influenciar nos resultados. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) da Secretaria de Estado de São Paulo e, quando necessário, foi submetido também a outros Comitês de Ética dos municípios estudados. Foi realizado em consonância com a Resolução 466/12 e aprovado pelo parecer no. 2.018.261 do CEPIS.

Resultados e discussão

As respostas das unidades entrevistadas revelam que, apesar dos avanços na implantação de equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado de São Paulo, desde a aprovação da Lei 10.2016/2001 e da Portaria 3.088 de 2011 criando a RAPS, e a despeito de o estado de São Paulo ter sido precursor no modelo de atendimento psicossocial criando os primeiros serviços comunitários de porta aberta, e de ser o estado mais rico do país, em 2018 esta rede ainda mostrava debilidades em sua implantação estadual.

Vale lembrar que o período em que ocorreu a pesquisa (2017-2018) e o período imediatamente posterior foi um momento de descontinuidade nos financiamentos e nos investimentos federais em serviços de saúde mental

voltados para a lógica do cuidado psicossocial, período esse denominado por alguns autores de Contrarreforma Psiquiátrica, que durou de 2017 a 2022. Isso indica que essa situação pode ter se acentuado nos últimos anos, ou seja, houve ainda uma maior fragilização e um desfinanciamento de equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e de outros pontos de atenção da RAPS, concomitantemente e posteriormente à coleta desses dados.

Os CAPS I, CAPS II, CAPS ad, CAPS IJ e os Ambulatórios de Saúde Mental foram os serviços mais citados como presentes nos municípios do estado de São Paulo. Mesmo assim, estão presentes em menos da metade dos municípios das unidades entrevistadas. Isso mostra o quanto os principais equipamentos de atenção secundária propostos pela RAPS, que não apenas substituem hospitais psiquiátricos, mas que são referência para toda uma gama de situações de sofrimento mental moderado a grave, não estão disponíveis em mais da metade dos municípios paulistas.

Isso compromete sobremaneira tanto o acesso ao cuidado especializado, quanto o apoio ofertado por essas unidades à APS, assim como a resposta longitudinal e territorial a situações de urgência-emergência e a possibilidade de construção de linhas de cuidado referentes a diversas condições específicas de saúde mental.

Em torno de 10% a 12% das unidades relataram a existência de algum desses cinco serviços acima citados apenas em outro município da região, o que não garante o acesso ao cuidado psicossocial em situações de sofrimento crônico e prolongado. A dificuldade no acesso é comum na área de saúde mental, uma vez que nem sempre existem pactuações microrregionais e intermunicipais que facilitem esse acesso, somada à situação de ter que transpor grandes distâncias, que podem comprometer a busca, a adesão e a continuidade dos cuidados necessários. Os CAPS I, II, III são altamente utilizados pela APS quando presentes no município ou região: 84% referem utilizar o CAPS I, 80,9% referem utilizar o CAPS II e 72,7 % referem utilizar o CAPS III, quando presentes no território.

Já os Ambulatórios de Saúde Mental, que também possuem uma presença ainda significativa no estado de São Paulo (53,5% estão presentes no município ou na região), não oferecem um cuidado interdisciplinar, psicossocial e territorial, mas também são serviços menos utilizados pela rede básica quando presentes, pois apenas 46,1% das unidades o utilizam para encaminhamento ou matriciamento. Isso pode revelar uma dificuldade de esses equipamentos se inserirem numa rede de cuidado psicossocial, não colaborando de forma tão próxima quanto os CAPS nas demandas e necessidades de saúde mental identificadas na rede básica de saúde.

O CAPS-IJ é o principal, e como veremos, quase um dos únicos equipamentos ofertados pelo Estado brasileiro por meio do SUS para crianças e adolescentes, com algum tipo de sofrimento mental ou dificuldade psicossocial. No entanto, mais da metade (50,6 %) das unidades entrevistadas não possuem CAPS-IJ em seu município, mesmo porque, este equipamento, pela normativa ministerial vigente, só pode ser implantado em municípios de grande porte (acima de 150.000 habitantes).

Sendo assim, somente 41,8% dos municípios com unidades entrevistadas possuíam tal equipamento. Se mesmo os municípios com CAPS-IJ têm alta demanda reprimida de situações comportamentais, casos de TEA e outros transtornos do desenvolvimento, automutilação e problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, nos municípios de pequeno a médio porte, o acesso a cuidado psicossocial fica quase impossibilitado. Nesses, a população depende de planos de saúde e clínicas privadas ou de alguma ação de cuidado da rede de atenção primária, que ainda se mostra pouco preparada, e bastante dependente das desmontadas e desfinanciadas equipes de NASF e das atuais equipes e-Multi, ainda em implantação.

Vale lembrar que algumas vezes, quando não há CAPS- IJ no município ou na região de saúde, os casos prolongados a graves e as situações de crises emocionais e comportamentais são assumidas por CAPS I ou II, ou CAPS ad, ou ainda por Ambulatórios de Saúde Mental, quando não recorrem a internações em hospitais psiquiátricos ou, com sorte, em alas psiquiátricas de hospitais gerais.

Esse tipo de situação permanece sendo inadequada e muitas vezes prejudicial, pois tais CAPS, ao precisarem dividir salas e espaços do serviço, e mesmo dividir a atenção e tempo dos profissionais entre grupos de adultos e crianças/adolescentes em sofrimento e com dificuldades variadas, que possuem necessidades e quadros muito distintos, comprometem a oferta de uma ação terapêutica psicossocial singularizada e não medicalizada. Apesar de ser um equipamento ainda pouco presente de forma mais contundente e significativa no estado de São Paulo, o CAPS-IJ é também o equipamento mais referido como utilizado, quando existente no município ou na região, sendo que 90,4% das unidades da rede básica referiram utilizá-lo quando existente.

O CAPS ad é o serviço mais referido como presente nos municípios paulistas (49,4%), mais presente até mesmo que os CAPS I (48,7%). Isso mostra que as gestões municipais estão sensíveis em perceber a relevância da presença de um equipamento específico para lidar com a adicção e com as suas consequências psicossociais. O agravo se mostra crescente, como indica o relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), com um aumento de 26% de uso prejudicial e dependente de álcool e outras substâncias psicoativas no mundo, em relação à década anterior.¹⁸ A relevância desse ponto de atenção para a rede básica de saúde é reafirmada quando as unidades referem que, quando presente, o CAPS-ad é expressivamente usado pela rede de Atenção Básica (65,3%).

Tanto o CAPS III, que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, funcionando 24 horas/dia – incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno –, quanto o CAPS ad III, que atende usuários de álcool e outras drogas, também com funcionamento de 24 horas/dia e com no máximo doze leitos para observação e monitoramento – ambos indicados a municípios com população acima de duzentos mil habitantes –, são pouco presentes no estado paulista, sendo identificados como presentes no município ou na região por 28,6% e 21,2% das unidades, respectivamente.

Esses serviços, por suas características, principalmente no interior do estado, composto por municípios de portes populacionais diversificados, poderiam ser utilizados de forma intermunicipal em acordos e pactuações microrregionais. No entanto, como o trabalho característico desses serviços envolve lidar com a cultura e com a realidade do território de moradia das pessoas e de suas famílias, serviços de grande porte localizados mais distantes da moradia dos usuários, têm menos chance de garantir a adesão ao tratamento e de oferecer um cuidado longitudinal e psicossocial.

Quanto maior o serviço, maior a tendência a apresentar um trabalho no modo ambulatorial, focado na medicalização do sofrimento, e menos, portanto, no modo psicossocial, comunitário, integral, usuário-centrado, interdisciplinar, intersetorial, que envolve a família e a rede social.¹³

As Unidade de Acolhimento Infantil (UAI) e Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), que são uma proposta da Política Nacional de Saúde Mental para situações de internação breve por uso de álcool e drogas – de até seis meses e para populações em situação de vulnerabilidade social – são bem pouco presentes em São Paulo, sendo que 77,2% das unidades referiram não possuir UAI no município e região, e 74,4% unidades afirmaram não possuir UAA no município ou região.

Essas unidades, pouco implementadas na RAPS do estado de São Paulo, são bastante interessantes para a construção de linhas de cuidado e projetos terapêuticos singulares (PTS) em rede, com uma visão interdisciplinar e intersetorial. Isso porque não são serviços independentes e autocentrados, mas, em sua origem, seu uso deve ser acordado com o CAPS municipal ou regional que acompanha o usuário, com definição de PTS entre os serviços, visando sempre a reinserção psicossocial dele. Pode, inclusive, envolver escolas, rede básica e outros equipamentos de outras secretarias no cuidado compartilhado.

Essa proposta é extremamente diferente das comunidades terapêuticas, que são locais isolados, com internações, por vezes compulsórias, e sem trocas e acordos terapêuticos com os outros pontos de atenção da RAPS. O fortalecimento e maior adensamento de UAI e UAA no estado, poderia contribuir para minimizar internações desnecessárias, atendimentos forçados e pontuais, sem a garantia da autonomia e de direitos dos usuários e com pouca eficácia e impacto social.^{19,20}

Vale notar, ainda, a baixa presença nos municípios paulistas de equipamentos associados a estratégias de reinserção e reabilitação psicossocial dentro da Política Nacional de Saúde Mental. A existência de Centro de Convivência (CECO) no município ou na região foi referida por 17,3% das unidades, e Oficinas de Geração de Renda, por 27,4% das unidades.

Essas iniciativas relacionadas a esporte, cultura, aprendizagem, convivência social, lazer e trabalho sempre foram elementos centrais na Atenção Psicossocial, para a ampliação do escopo de vida e de possibilidades na existência dos usuários e para o fortalecimento de seu poder de contratualidade e escolha autônoma. A falta desses equipamentos mostra uma atenção psicossocial muito centrada no tratamento do sofrimento em si dentro dos serviços e pouco capaz de um trabalho mais abrangente e articulado dentro do território.

Outra fragilidade identificada foi a baixa participação das unidades da APS em reuniões da Rede de Atenção Psicossocial. Apenas 41,5% das unidades referiram participar dessas reuniões em rede. Uma vez que o trabalho em redes de atenção à saúde visa a integralidade no cuidado, a superação da fragmentação e descontinuidade das ações, o conhecimento e corresponsabilização pelas condições de saúde do território, a construção de fluxos e linhas de cuidado locais e regionais para os diferentes tipos de problemas, é fundamental a participação ativa dos profissionais da APS em reuniões para discutir o trabalho em rede. Isso porque o trabalho em redes de atenção depende não apenas do diálogo constante entre os pontos de atenção, mas também da coordenação da APS em relação aos fluxos e contrafluxos do sistema e da corresponsabilização pelo cuidado territorial e continuado. Portanto, a falta de envolvimento das unidades da atenção primária nessas reuniões indica uma vulnerabilidade grave da RAPS paulista.^{8,9}

O cuidado colaborativo e compartilhado realizado por meio do apoio matricial tem sido visto mundialmente como uma estratégia de trabalho em rede muito potente, tanto para aumentar a integralidade, a longitudinalidade e a resolutividade da APS, bem como para diminuir a fragmentação e burocratização da atenção e a sobrecarga dos serviços especializados.^{4,11,15,16}

Apesar disso, esse inquérito mostrou que apenas um pouco mais da metade das unidades entrevistadas (53,3%), estavam envolvidas em atividades de matriciamento com outras equipes ou serviços, sendo que, no último ano, este número diminuía para 50% das unidades. Quando se avaliou a influência do porte do município na participação das unidades da APS em atividades de apoio matricial, percebeu-se que, quanto maior o município, maior era a participação em reuniões e ações de apoio matricial. Ou seja, unidades dos municípios de até 25.000 habitantes foram as que menos estiveram envolvidas nessas atividades.

Vale comentar que, para municípios de pequeno porte, foram o profissional articulador da Atenção Básica (52,8%) e o NASF (50%) aqueles que mais realizaram o matriciamento, seguidos pelo profissional articulador da saúde mental (48,1%), sendo o CAPS o serviço menos referido para este fim. Para municípios de médio e grande porte ocorre o inverso, pois eles têm o CAPS e o articulador de saúde mental como principais referências para o apoio matricial. A baixa participação em atividades de apoio matricial entre as unidades dos municípios pequenos, pode estar também relacionada ao baixo acesso da APS dessas localidades, a serviços especializados como o CAPS, uma vez que a legislação em saúde mental não permite a implantação deles em municípios até 15 mil habitantes.

Isso limita o apoio matricial às equipes de NASF, que desde essa época estavam sendo desmontadas, e a apoiadores da atenção básica e de saúde mental, que são insuficientes para a demanda dos serviços. De qualquer forma, o apoio matricial é uma ferramenta de gestão do cuidado e de processo de trabalho em rede que poderia ser mais utilizada nos municípios paulistas.

Dentre as unidades que solicitaram apoio matricial no último ano, quase a totalidade delas o fizeram para discussão de casos com a equipe de apoio (92,3%). Esses encontros de discussão de casos ocorreram ou ocasionalmente (40,6%), quando existia uma situação que necessitou de ajuda, ou em reuniões sistemáticas (42,1%). Entretanto, um número alto de unidades (81,9%) realizou especificamente o matriciamento para o atendimento compartilhado de casos. O encaminhamento de casos para a equipe matriciadora atender foi relatado por 79,2% das unidades, e ações de formação em saúde mental foi a atividade menos relatada pelas unidades em relação ao apoio matricial (42,5%). Em sua grande maioria, o apoio matricial foi de iniciativa da própria unidade, sendo em segundo lugar realizado por iniciativa do CAPS do município (59,7%), independentemente do tipo de atividade realizada neste apoio.

As unidades da atenção primária costumam encaminhar casos de saúde mental com frequência alta (96,9%). Os encaminhamentos, em sua maioria, não costumam ocorrer em todos os casos, mas somente nos considerados mais graves e difíceis (71,1%). Um pouco mais da metade das unidades acompanham a efetivação do encaminhamento para serviços especializados de saúde mental na maioria dos casos (54,8%) e 18% em todos os casos. Esses dados nos revelam que o acompanhamento dos casos encaminhados não é uma prática em todas as situações, como se esperaria da coordenação do cuidado feita pela APS.

Os CAPS foram os principais locais para onde dirigiram-se os encaminhamentos das unidades de atenção primária no estado de São Paulo (71,7%). O segundo local mais utilizado para encaminhamentos foram os Ambulatórios de Saúde Mental (32,6%) e em terceiro lugar foram as equipes de NASF (24,4%). Serviços de urgência e emergência foram indicados por 22,6%. Os Hospitais psiquiátricos foram serviços bem pouco referidos para encaminhamento (7,7%) e as Comunidades Terapêuticas foram os menos referidos para esse fim (1,9%).

Quando analisamos a influência do tamanho do município para o comportamento de encaminhamentos, percebemos que os municípios de até 25.000 habitantes encaminharam mais para ambulatórios de saúde mental e para serviços de urgência emergência. As unidades dos municípios de médio porte (25 a 100 mil habitantes) e de grande porte (acima de 100 mil habitantes) encaminharam mais para os CAPS e, em segundo lugar, para ambulatórios de saúde mental. Isso pode evidenciar que, quando os municípios possuem serviços especializados e psicossociais como os CAPS, eles são serviços bastante utilizados, tanto para matriciamento, como já foi analisado, como para referência dos casos de saúde mental.

Mas é interessante notar que os NASFs foram mais utilizados para encaminhamento nos municípios de médio e grande porte, em comparação a municípios de pequeno porte, que utilizaram mais os serviços de urgência emergência, encaminharam bem mais para hospitais psiquiátricos e são as unidades que mais encaminham para Comunidades Terapêuticas. Isso pode revelar uma vulnerabilidade relevante dos municípios de pequeno porte, que têm menos acesso ao CAPS, mais dificuldade de contratarem e fixarem profissionais especializados, ficando mais dependentes de articulações regionais e de ações de cuidado unicamente medicamentosas e associadas a internação em situações de crise.

A atenção psicossocial de caráter longitudinal, interdisciplinar, e que inclui a participação do usuário e da família nas decisões terapêuticas, depende da existência de equipes especializadas no território, do fortalecimento do trabalho em rede e das trocas de saberes interdisciplinares e de ações de planejamento singularizado e continuado do cuidado.^{5,16}

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa da existência de pontos da Rede de Atenção Psicossocial na percepção das unidades de atenção básica do estado de São Paulo. Estado de São Paulo, 2017

Equipamentos existentes	Não	Sim, no município	Sim, em outro município
CAPS I	40,1 (343)	48,7 (416)	10,9 (96)
CAPS II	47,6 (400)	42,0 (353)	10,5 (88)
CAPS III	71,4 (593)	20,6 (171)	8,1 (67)
CAPS alc.&Drogas	38,0 (324)	49,4 (421)	12,6 (107)
CAPS alc.&Drogas leito	78,8 (643)	16,3 (133)	4,9 (40)
CAPS Inf. Adolesc.	50,6 (424)	41,8 (350)	7,6 (64)
Ambulatório SM	46,5 (390)	42,1 (353)	11,4 (96)
Unid. Acolh. Infantil	77,2 (616)	19,3 (154)	3,5 (28)
Unid. Acolh. Adulto	74,4 (597)	21,4 (172)	4,1 (33)
Hosp. Psiq.	52,8 (456)	15,3 (132)	31,9 (863)
Comunidade Terap.	64,7 (534)	23,5 (194)	11,8 (97)
Centro Conviv. SM	82,8 (662)	14,9 (119)	2,4 (19)
Oficina geração renda	72,6 (573)	26,0 (205)	1,4 (11)

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa de ações relacionadas a dispositivos colaborativos de integração do cuidado de acordo com o porte populacional dos municípios de localização das unidades de atenção básica do estado de São Paulo. Estado de São Paulo, 2017.

	Porte município			
	Até 25 mil hab	25 a 100 mil hab	100 mil e mais hab	São Paulo
Fazem reunião de matriciamento				
Sim	30,1 (50)	47,6 (90)	61,2 (178)	83,7 (72)
Participou ativ. Matric. no Último ano				
Sim	26,2 (55)	42,7 (96)	60,0 (198)	86,0 (80)
Quem realizou o matriciamento				
Nasf	50,0 (27)	27,8 (27)	55,2 (106)	63,3 (50)
CAPS	37,0 (20)	78,4 (76)	79,8 (154)	80,0 (64)
Prof. Outra unidade	24,5 (13)	17,7 (17)	28,6 (54)	34,2 (26)
Articulador SM	48,1 (26)	41,7 (40)	41,7 (80)	51,9 (40)
Articulador AB	52,8 (28)	37,9 (36)	39,8 (76)	40,0 (30)
Fez encaminhamento de caso SM	95,9 (208)	95,7 (224)	98,2 (329)	98,9 (92)
Para onde foram encaminhados (últimos 3 meses)				
CAPS	41,0 (89)	77,4 (181)	81,8 (274)	93,5 (87)
NASF	14,7 (32)	17,5 (41)	29,0 (97)	48,4 (45)
Hosp Psiq.	23,5 (51)	3,0 (7)	2,4 (8)	2,2 (2)
Ambulat. SM	30,9 (67)	42,7 (100)	32,8 (110)	10,8 (10)
Hosp. Geral	18,4 (40)	6,8 (16)	4,8 (16)	6,5 (87)
Serv.Urg. Emerg	30,4 (66)	15,0 (35)	25,7 (86)	12,9 (12)
CAISM	0,5 (1)	2,1 (5)	0,9 (3)	1,1 (1)
Centro Conviv.	0,0 (0)	0,0 (0)	1,8 (6)	9,7 (9)
Comunid. Terap.	5,1 (11)	1,7 (4)	0,6 (2)	0,0 (0)

Considerações finais

Este artigo aponta primeiramente para a necessidade de um fortalecimento intencional da Rede de Atenção Psicossocial paulista, com colaboração entre as gestões interfederativas, visando sua consolidação, maior abrangência, capilaridade, integração regional, conexão e comunicabilidade entre os serviços especializados e a rede de atenção primária. De modo geral, a análise das respostas das unidades de atenção básica paulistas aponta que os CAPS, em suas diferentes modalidades - serviços substitutivos criados a partir da Reforma Psiquiátrica para a integralidade do cuidado em saúde mental - não estão presentes de forma satisfatória nos municípios.

Quando existentes, contudo, esses são os serviços mais utilizados pela APS, o que reforça a necessidade de investimento tanto na criação de novos serviços, na reanálise e revisão da legislação sobre o porte dos municípios elegíveis para a implantação destes serviços, como no incremento da capacidade de articulação e pactuação macro e microrregional para a diminuição das inequidades territoriais e vazios assistenciais, com vistas à melhoria do acesso ao cuidado integral e psicossocial.

A ampliação das modalidades de serviços propostos pela RAPS, tais como Unidades de Acolhimento para crianças, adolescentes e adultos com uso prejudicial de álcool e outras drogas e equipamentos que contribuem para a reinserção e reabilitação psicossocial precisa ser estimulada no estado, e o papel e potencial dessas estratégias mais conhecidos e compreendidos. Por fim, a participação das unidades da APS no trabalho em rede e uso de dispositivos de cuidado compartilhado e interdisciplinar precisa ser incrementado tanto pela implementação adequada das novas equipes e-Multi, como pelo fortalecimento do apoio matricial ofertado pela rede especializada.

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.2166, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 de abril de 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279/GM/MS 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). Legislações – GM. 30 de dezembro de 2010.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 de dezembro de 2011.
4. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface (Botucatu). 2019; 23: 1-18.
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
6. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. Esc Anna Nery. 2019; 23(2):1-9.
7. Pupo LR, Rosa TEC, Sala A, Feffermann M, Alves MCGP, Moraes MLS. Saúde Mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. Saúde Debate. 2020;44(3):107-127.
8. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano GCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(10):4769-4782.
9. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2893-2902.
10. Sala A, Luppi CG, Wagner GA, Junior RVBP, Junior NC. Desempenho da atenção primária à saúde no estado de São Paulo, Brasil, no período de 2010-2019. Ciência & Saúde Coletiva. 2024; 29(6):1-13.

11. Silva BM, Campos RTO, Treichel CAS. Apoio matricial e manutenção do vínculo com a atenção primária: um estudo longitudinal retrospectivo. *Saúde Debate*. 2025; 49 (144): 1-14.
12. Coelho VAA, Andrade LI, Guimarães DA, Pereira LSM, Modena CM, Guimarães EAA et al. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da rede de atenção psicossocial de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*.2022; 27(5):1895-1909.
13. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc*.2017; 26 (1):155-170.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (Sup 2) :S190-S198.
15. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260– 268.
16. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):229-238.
17. Nunes MO, Junior JML, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*.2019; 24(12):4489-4498.
18. UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas ilícitas. Viena; 2013.
19. Pupo LR, Rosa TEC. Saúde Mental na Rede Básica do Estado de São Paulo – um panorama das possibilidades e limites para o cuidado do público jovem e adolescente. In: Figueiredo R, Cayres AZF, Ciliberti ME. *Adolescência e Juventude & Saúde Mental*. (Temas em saúde coletiva; 33). São Paulo: Instituto de Saúde; 2023. 426p.
20. Exner C, Surjus LT, Argento FA. Saúde mental infantojuvenil: estratégias de cuidado em unidade de acolhimento. *Cad. Brasil. Saúde Mental*. 2020; 12(31): 60-86.

ARTIGO

Rumos e desafios da construção do papel das(os) psicólogas(os) na Atenção Primária à Saúde

Directions and challenges in the construction of the role of psychologists in Primary Health Care

Tatiana Lahos de Jesus¹, Ana Vitória Custódio Lossavaro^{II}, Mônica Martins de Oliveira Viana^{III}

Resumo

O presente artigo analisa a construção sócio-histórica do papel dos psicólogos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Foram selecionados documentos publicados pelo Ministério da Saúde, e suas áreas técnicas de Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde, contemplando portarias, cadernos de diretrizes e normativas. A análise documental foi mediada pelo referencial teórico do processo de trabalho em saúde, de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. As publicações apontam que a inserção da saúde mental na APS ocorreu a partir dos princípios da reforma psiquiátrica e reinserção psicossocial, sendo que, em seus documentos iniciais (2008, 2009, 2011), as ações em saúde mental são descritas como atribuições de equipes especialistas (nelas contidas os psicólogos). O desfinanciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2020 impactou diretamente as discussões sobre modelos de atenção mais ampliados, promovendo uma lacuna nas publicações ministeriais até 2023, com a portaria da eMulti. Nesse período, temos duas publicações do Conselho Federal de Psicologia (2019 e 2022). Essas publicações avançam na posição da organização do trabalho, equipes e serviços, porém, nota-se um esvaziamento das discussões a respeito do necessário alinhamento entre processo de trabalho e modelo de atenção, gerando risco de perpetuar a manutenção das práticas psicológicas num modelo biomédico hegemônico que incentiva a fragmentação do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Modelos de Assistência à Saúde. Prática Psicológica.

Abstract

The present article analyzes the socio-historical construction of the role of psychologists in Primary Health Care (PHC) in Brazil. Documents published by the Ministry of Health and its technical areas of Mental Health and Primary Health Care were selected, encompassing ordinances, guidelines, and normative manuals. The document analysis was guided by the theoretical framework of the health work process developed by Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. The publications indicate that the integration of mental health into PHC occurred based on the principles of psychiatric reform and psychosocial reintegration. In its initial documents

¹ Tatiana Lahos de Jesus (tatilahos.psi@gmail.com) é graduada em psicologia pela Universidade Braz Cubas (UBC), especialista em psicanálise teoria e prática pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), mestranda do programa de mestrado profissional de saúde coletiva do Instituto de Saúde de São Paulo, servidora pública como psicóloga da Secretaria de Saúde no município de Jacaref.

^{II} Ana Vitória Lossavaro Custódio (analossavaro@gmail.com) é graduada em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF - Campos dos Goytacazes) mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde (IS). É psicóloga na Estratégia APD (Apoiador a Pessoa com Deficiência Intelectual), programa da Prefeitura do Município de São Paulo vinculado ao Centro Especializado em Reabilitação (CER) que promove autonomia e independência das pessoas com deficiência intelectual.

^{III} Mônica Martins de Oliveira Viana (monica.viana@isaude.sp.gov.br) é graduada em psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP - Assis), mestre e doutora em saúde coletiva: política, planejamento e gestão pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É pesquisadora e docente do programa de pós-graduação do IS (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) e docente colaboradora do programa de mestrado profissional Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

(2008, 2009, 2011), mental health actions were described as responsibilities of specialized teams (including psychologists). The defunding of the Family Health Support Center (NASF) in 2020 directly impacted discussions on broader models of care, creating a gap in ministerial publications until 2023, with the issuance of the eMulti ordinance. During this period, there were two publications from the Federal Council of Psychology (2019 and 2022). These publications advanced in terms of the organization of work, teams, and services; however, a lack of discussion regarding the necessary alignment between the work process and the care model was noted, posing a risk of perpetuating psychological practices within a hegemonic biomedical model that encourages fragmented care.

Keywords: Primary Health Care. Healthcare Models. Psychological Practice.

Introdução

A atuação do profissional de psicologia na saúde pública é anterior aos anos 1980, inicialmente presente nos serviços hospitalares e nos ambulatórios de especialidades ligados ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Com a implantação Sistema Único de Saúde (SUS), esses profissionais passaram a integrar a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio das equipes mínimas de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), compostas na época por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras¹.

A APS é definida enquanto a porta de entrada prioritária do usuário SUS, ou seja, a UBS corresponde ao serviço designado a acompanhar as questões de saúde que acometem a pessoa durante as diversas etapas da vida. Organizada de forma a atender os moradores de uma localidade determinada, se propõe a conhecer em profundidade cada família cadastrada².

Em vistas de ampliar a possibilidade de intervenção na APS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passou a compor as unidades, a partir da Portaria nº 154 de 2008³. No NASF, profissionais de diferentes categorias atuavam de maneira a auxiliar nas questões de cada território com a possibilidade de intervenção por meio do apoio matricial. Esse se expressa em duas dimensões, a clínico-assistencial, ou seja, o trabalho de forma compartilhada com os profissionais que já integravam as unidades, e também a técnico-pedagógica, na construção de espaços de troca a respeito das temáticas de saúde emergentes no território².

É possível observar, portanto, uma modificação na atuação psi nesses espaços, que passa da equipe mínima de saúde mental para o NASF. Com isso, as questões de saúde mental se ampliaram, de uma atribuição exclusiva do profissional de psicologia, para sua presença ser um apoio na construção de espaços mais qualificados para o cuidado em saúde mental que sejam de responsabilidade compartilhada com as demais categorias profissionais⁴.

Ou seja, nos ambulatórios, passamos de uma atuação demarcada pelo núcleo para uma atuação construída a partir do campo. O núcleo delimita o conhecimento específico de uma área de saber, enquanto o campo se configura em um espaço de limites indefinidos, em que há o apoio mútuo na constituição das práticas⁵.

Ao longo do tempo, normativas foram construídas de forma a orientar a atuação psi, afinal, a inserção do psicólogo nessas equipes convoca sua escuta a um deslocamento do consultório à vida no território e suas complexidades⁶. Normativas também foram construídas nos âmbitos federais, estaduais e municipais para orientar essa atuação de forma que pudesse se dar de maneira consonante aos princípios e diretrizes do SUS.

Em 2020, a equipe NASF sofreu o desfinanciamento⁷, afetando a atuação dos profissionais da categoria psi nestas equipes país afora. Já em 2023, foi implantada a Equipe Multiprofissional na Atenção Primária (eMulti)⁸ em âmbito nacional e definida a presença do profissional psi em todas as suas modalidades. Com isso, vivemos um momento de reconfiguração da atuação na APS.

A psicologia sempre teve seu papel atrelado ao momento sócio-histórico que vivemos, sendo marcada pelos períodos da ditadura militar, da criação do SUS, do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, da ascensão das neurociências e do neoliberalismo. A presença na APS também é marcada por esses movimentos sócio-históricos, que podem ser analisados a partir da evolução das diretrizes que foram formuladas ao longo dos anos para atuação dos psicólogos no SUS.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo analisar a construção sócio-histórica das diretrizes normativas que orientam o papel das(os) psicólogas(os) na Atenção Primária a Saúde.

Método

O presente artigo consiste em um estudo de natureza qualitativa, descritivo, derivado da experiência das autoras como psicólogas da APS e de sua problematização sobre as vivências. Para subsidiar o debate, empregou-se a técnica de análise documental, mediada pelo referencial da análise de conteúdo⁹, associado ao referencial teórico de processo de trabalho, segundo Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves¹⁰.

Para a seleção de documentos a serem analisados, utilizamos como critérios: I) abrangência nacional; II) conteúdo que remetesse a diretrizes, princípios e orientações sobre o trabalho a ser desenvolvido; III) referir-se a equipes de saúde mental ou à área de saúde mental na Atenção Primária à Saúde; IV) consistir em documento de acesso aberto. Nesse sentido, foram selecionados documentos publicados pelo Ministério da Saúde, e suas áreas técnicas de Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde, contemplando portarias, cadernos de diretrizes e normativas. Foram excluídos relatórios de gestão e documentos das esferas estadual e municipal. As Políticas Nacionais, de Atenção Básica (PNAB) e de Atenção Especializada (PNAES), pelo seu conteúdo amplo, para além da saúde mental, foram excluídas. Também foi excluído o caderno humaniza SUS Saúde Mental, por se tratar de um compilado de artigos e não de diretrizes para a prática. Por fim, foi incluído o material do Conselho Federal de Psicologia, por entendermos a relevância desta instituição para a organização dos psicólogos, no âmbito nacional.

Desse modo, o *corpus* de análise foi composto por Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários (Diretrizes do Ministério da Saúde para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica)¹¹; Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008 – Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família³; Caderno de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)²; Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental¹²; Portaria Nº 3.088/2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹³; Cadernos de Atenção Básica, nº 39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Ferramentas para a Gestão e para o trabalho cotidiano⁴; Referências Técnicas para atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde (Conselho Federal de Psicologia)¹⁴. Resolução Nº 17, de 19 de julho de 2022: Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde (Conselho Federal de Psicologia)¹⁵.

Para compor as categorias de análise de conteúdo, construídas *a priori*, foi utilizado o referencial de processo de trabalho descrito por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, que recorre a bases argumentais do pensamento marxista, do materialismo sócio-histórico¹⁰. Retomando a divisão social do trabalho, Ricardo Bruno faz a discussão do trabalho em saúde. Explica que, muito embora se tente operar o apagamento desse enquadre do trabalho médico e do trabalho em saúde como trabalho social, como todos os outros, a recuperação deste sentido é essencial para avançar na compreensão de sua participação no movimento de disputa no sentido da transformação do modelo de atenção à saúde¹⁰.

Esse referencial ajuda a compreendermos o movimento da reforma psiquiátrica e as práticas da psicologia na APS como força contra hegemônica, dentro do campo do modelo de atenção à saúde, no contexto do SUS. E, por essa razão, as categorias de análise escolhidas remetem justamente às dimensões do trabalho que Ricardo

Bruno¹⁰ propõe para analisar o modelo de atenção: finalidade do trabalho (necessidade a ser atendida), atores sociais envolvidos (incluindo suas assimetrias de poder), instrumentos de trabalho (ferramentas que auxiliam os trabalhadores em sua tarefa de intervenção na realidade, e que pode consistir em materiais concretos ou relacionais), e resultados pretendidos (transformação a ser obtida).

A partir de tais premissas, foi realizada a análise dos documentos, e sua interpretação se deu dentro do referencial do materialismo sócio-histórico aplicado à dimensão da análise de modelo de atenção. Na análise do modelo de atenção, considerou-se o alinhamento das propostas dos documentos ao modelo clínico, anatomopatológico, ao modelo epidemiológico, ou ao modelo integrado¹⁰.

Resultados e Discussão

Os documentos encontrados referem-se aos anos de 2008, 2009, 2011, 2013, 2014, 2019, 2022 e 2023. Desses, temos três portarias, que instituem equipes de apoio; equipes multiprofissionais na Atenção Primária; e uma institui a Rede de Atenção Psicossocial. As demais publicações são cadernos, guias e diretrizes. Chama a atenção que no período entre 2019 e 2022, que corresponde ao governo Bolsonaro, não há documentos orientadores para a Saúde Mental na Atenção Básica, e os documentos encontrados são produções do Conselho Federal de Psicologia.

Cabe destacar que, durante o governo Bolsonaro, houve o desinvestimento federal das equipes NASF, no âmbito do Programa Previne Brasil. E que o SUS, no mesmo período, sofreu com o agravamento do subfinanciamento e do recrudescimento das discussões sobre modelos de atenção mais abrangentes, no sentido de práticas interdisciplinares para o atendimento das necessidades de saúde e enfrentamento das desigualdades sociais, na dimensão comunitária. Nesse sentido, merece destaque a aprovação da EC 95 – “Teto dos gastos públicos”, ainda no governo Michel Temer, que congela os gastos nas áreas de saúde e educação por vinte anos, e o negacionismo propagado pelo governo Bolsonaro¹⁶⁻¹⁸.

Os documentos iniciais (2008, 2009 e 2011) reconhecem, de algum modo, a reforma psiquiátrica e a necessidade de reinserção psicossocial no território, ou seja, a necessidade de ações de saúde mental na APS, a partir do trabalho de especialistas em saúde mental (CAPS ou equipes de Saúde Mental). Convergem com uma série de movimentos históricos, como a Reforma Sanitária; a ascensão dos direitos sociais, as novas definições de saúde (a partir da inclusão das dimensões de bem-estar propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS); as reflexões da Saúde Coletiva, e passam a abarcar conceitos como o de multidisciplinaridade; o foco na Atenção Primária e na promoção de Saúde, respondendo ao que Mary Jane Spink (2010) chamou de desejo de integralidade¹⁹. Contudo, esses documentos ainda colocam pouca ênfase em esclarecer seu alinhamento ideológico com a mudança de modelo, e rapidamente avançam para a proposição da organização do trabalho, das equipes e dos serviços na rede.

Nos arranjos propostos nesse sentido, estão contidos os profissionais de psicologia, com foco marcado nas atividades de supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, e também em ações clínicas específicas dos profissionais “especialistas” como forma de organização do processo de trabalho desses profissionais. O profissional de psicologia compõe, nesse momento, esse núcleo de saber de saúde mental, e junto com outros profissionais da mesma especialidade e de outras, deve atuar nas ações de reinserção psicossocial, álcool e outras drogas e transtornos mentais graves. Identifica-se, aqui, o preâmbulo para a inserção dos conceitos de campo e núcleo de saberes, articulados na perspectiva do trabalho compartilhado do Apoio Matricial²⁰.

Aos poucos, os conceitos de integralidade, ampliação de cuidado e apoio matricial ganham mais ênfase nas portarias, que são mais direcionadas para equipes multiprofissionais na APS. Reconhece-se o papel da APS na Rede de Atenção Psicossocial a partir desses conceitos e a gradativa separação dos trabalhos realizados

entre os serviços da APS e os serviços especializados, ajudando a discernir os papéis dos psicólogos, na APS e nas equipes da atenção especializadas. Essa definição de papéis parece orientar-se pela necessidade de traçar estratégias que corroborem a implementação dessas políticas, mas que não nomeiem esse propósito²¹.

Os transtornos de ansiedade aparecem com preocupação das equipes da APS, e o profissional de psicologia é citado com a “tarefa” de diminuir os encaminhamentos desses casos. O psicólogo, nesse momento, é descrito como membro de uma equipe ampla que agora trabalha multiprofissionalmente, a partir da proposta de clínica ampliada, cuidado compartilhado e apoio matricial, e a definição de trabalho dessas equipes vai se tornando cada vez mais indiferenciada, fundindo-se em atribuições e ferramentas comuns a todos os profissionais.

Só oito anos após o primeiro documento analisado, e cinco anos depois do último documento publicado sobre o NASF até então, é que temos um documento do Conselho Federal de Psicologia, que se norteia por conceitos específicos da APS como promoção e prevenção, reconhecendo a APS como cenário recorrente de saúde mental e a importância de se refletir as práticas psicológicas nesse espaço. Apesar desse reconhecimento, não se propõem a trazer normativas de atuação, contradizendo o próprio título do documento, que é “referência técnica para atuação de psicólogos na APS”. Mantém-se, aqui, o caráter político-ideológico de publicações anteriores no compromisso com a reforma psiquiátrica e antimanicomial, reforçando a lógica de matriciamento como organizador do trabalho do psicólogo.

Já o último documento publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (2019)¹³ pretende estabelecer diretrizes de atuação ao profissional inserido na Rede Básica de Saúde, estabelecendo ações num formato de agenda, as quais propõem as mesmas atividades das equipes NASF, como: Discussão de Caso, Projeto Terapêutico Singular (PTS), ações individuais e coletivas, interlocução de Rede, dando foco no auxílio para gestores realizarem planejamento e dimensionamento de equipes necessárias para a execução das atribuições.

A última publicação do Ministério da Saúde é referente à implantação das eMulti, e reforça os atributos da APS, o trabalho compartilhado, intersetorial e ampliado, propondo ampliação de profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, porém não detalha os núcleos de atuação como a saúde mental e as atribuições desses núcleos e equipes. Trata-se de um momento inicial de retomada das discussões desse modelo de atenção e da valorização do SUS¹⁸, e que carece de complementação.

Com isso, observamos um esvaziamento a respeito da discussão do alinhamento entre processo de trabalho e modelo de atenção, e um movimento de pouca especificação a respeito das ferramentas de trabalho. Sendo assim, há pouca informação sobre como integrar as atividades de núcleo do saber com as do campo interprofissional, gerando o risco de se perpetuar a manutenção das ações do núcleo de psicologia ainda vinculadas ao modelo biomédico hegemônico, que reproduz a fragmentação do cuidado.

A atuação integrada do núcleo não invalida as ações específicas do núcleo de saber; e também a psicologia na APS não pode se restringir apenas à construção do campo interprofissional. Mas, para isso, é preciso avançar na construção de ferramentas capazes de produzir o cuidado na APS, que favoreçam mutuamente o enfrentamento do modelo biomédico hegemônico, manicomial e medicalizante, e que fortaleçam o papel da psicologia com estratégias que permitam a integração entre o saber especializado e o interprofissional.

Considerações finais

A partir da análise, é possível constatar que a preocupação com as ações de saúde mental na APS surge com o processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o surgimento dos serviços substitutivos, surge também a necessidade de normativas para orientar o cuidado em liberdade e de base comunitária também na APS.

A atuação da Psicologia, de acordo com as publicações analisadas, tende a ser apresentada, nas diretrizes, de modo atrelado à metodologia de Apoio Matricial e equipe multiprofissional, em vistas de garantir a ampliação do repertório de atendimento em saúde mental nas UBS's.

Os documentos apontam para a necessidade de uma apropriação desse fazer pelos outros profissionais, indicando que a atuação no atendimento aos casos de saúde mental nada mais é do que a atuação em saúde e responsabilidade do campo atuante nas unidades. Entretanto, com o desfinanciamento do NASF e implementação das eMultis, surgiu uma nova configuração de equipe, portanto, um novo lugar para a psicologia que, há pouco, havia iniciado a sua atuação em campo e não mais em núcleo como nos ambulatórios e hospitais.

Cada uma dessas mudanças levou a um direcionamento comum aos profissionais das equipes, mas não específico ao núcleo de saber. Com isso, observamos nos documentos um esvaziamento da discussão a respeito das ferramentas e do processo de trabalho em saúde do profissional psi.

A pouca informação sobre como integrar as atividades de núcleo do saber com as do campo interprofissional gera o risco de se perpetuar a manutenção das ações do núcleo de psicologia ainda vinculadas ao modelo biomédico hegemônico, que reproduz a fragmentação do cuidado.

A atuação integrada do núcleo também não deve ser a de não ação; também a psicologia na APS não pode se restringir apenas à construção do campo interprofissional. Mas, para isso, é preciso avançar na construção de ferramentas capazes de produzir o cuidado na APS, que transcendam a dicotomia excludente entre o especializado e o interprofissional.

Referências

1. Spink MJ. [Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber]. In: Campos FCB, organizadora. *A Psicologia e Saúde: Repensando as Práticas*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 15-30.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nasf_nucleo_apoio_saude_familia.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
5. Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2000; 5(2):219-30. Disponível from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
6. Campos FCB, Guardio EL. [O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura]. In: Spink MJ, organizadora. *A Psicologia em Diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 81-100.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS, de 28 de janeiro de 2020.[Internet].Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Dispõe sobre [Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.] [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2023; Seção 1:XX. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
9. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a. edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

10. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres JR, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 1997. p. 298-374.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica, o Vínculo e o Diálogo Necessários* [Internet]. Brasília; 2008. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_na_atencao_basica__o_vinculo_e_o_dialogo_necessario/48
12. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília; 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html
14. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde* [Internet]. Brasília: CFP; 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/08/REFERENCIAS_TECNICAS_AB_FINAL.pdf
15. Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022. Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2022. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-n-17-2022>
16. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(9):e00040220. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
17. Massuda A, Dall'Alba R, Chioro A, Temporão JG, Castro MC. After a far-right government: challenges for Brazil's Unified Health System. *Lancet*. 2023 Mar 18;401(10380):886-888. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00352-5. Epub 2023 Feb 22. PMID: 36841254.
18. Castro MC, Trindade N, Chioro A, Temporão JG, Costa H, Padilha A, Massuda A. Restoring health priorities in Brazil. *Science*. 2023 Apr 14;380(6641):142-143. doi: 10.1126/science.adh1254. Epub 2023 Apr 13. PMID: 37053329.
19. Spink MJ, Bernardes JS, Santos L, Gamba AC. [A inserção dos psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional]. In: Spink MJ, organizadora. *A Psicologia em Diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p. 53-79.
20. Oliveira, M. M. de, Campos, G. W. de S.. (2015). Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229–238. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
21. Peters DH, Tran NT, Adam T. *Investigación sobre la implementación de políticas de salud: guía práctica* [Internet]. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponível em: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_SP.pdf

ARTIGO

Interprofissionalidade e apoio matricial na atenção primária à saúde: avanços e desafios no campo da saúde mental

Interprofessionality and matrix support in primary health care: advances and challenges in the field of mental health

Tatiana de Vasconcellos Anéas¹, Mônica Martins de Oliveira Viana^{II}

Resumo

O artigo tem como objetivo analisar a interprofissionalidade e o apoio matricial na Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase no campo da saúde mental, antes e após o desfinanciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a criação das equipes Multiprofissionais da Atenção Primária (eMulti). Trata-se de um estudo qualitativo, baseado em um estudo de caso realizado em seis unidades de saúde de territórios periféricos de São Paulo, com análise documental, observação participante e entrevistas com informantes-chave. Com produção de dados em dois momentos distintos: 2016 e 2021. Os resultados mostram que a importância da interprofissionalidade e do apoio matricial, sobretudo para o cuidado ampliado em saúde mental e para a articulação intersectorial ou da rede de atenção psicossocial. Também são apontados os desafios enfrentados pelos profissionais, como a sobrecarga emocional e a desestruturação dos espaços coletivos. É que, no cenário pós-pandemia, dada à demanda crescente em saúde mental, da população e dos trabalhadores e trabalhadoras, a retomada desses espaços interprofissionais seria necessária. Assim, conclui-se pela importância da interprofissionalidade e da educação permanente em saúde para a qualificação do trabalho interprofissional, destacando a urgência de fortalecer espaços de discussão e articulação entre equipes para garantir um modelo de atenção baseado na clínica ampliada, na corresponsabilização e no acolhimento.

Palavras-chave: Equipe Interdisciplinar de saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

Abstract

The article aims to analyze interprofessionality and matrix support in Primary Health Care (PHC), with an emphasis on the field of mental health, before and after the defunding of the Family Health Support Center (NASF) and the creation of the Primary Care Multiprofessional Teams (eMulti). This is a qualitative study based on a case study conducted in six health units in peripheral territories of São Paulo, using document analysis, participant observation, and interviews with key informants. Data were collected at two distinct moments: 2016 and 2021. The results highlight the importance of interprofessionality and matrix support, particularly for comprehensive mental health care and intersectoral or psychosocial care network coordination. The study also points out the challenges faced by professionals, such as emotional overload and the disintegration of

¹ Tatiana de Vasconcellos Anéas (tatiana.v.aneas@gmail.com) é psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, docente colaboradora do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde.

^{II} Mônica Martins de Oliveira Viana (monica.viana@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, pesquisadora e docente do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

collective spaces. Moreover, in the post-pandemic context, given the increasing demand for mental health care among both the population and healthcare workers, the reinstatement of these interprofessional spaces is deemed necessary. Thus, the study concludes by emphasizing the significance of interprofessionality and continuing health education for enhancing interprofessional work. It underscores the urgent need to strengthen spaces for discussion and coordination among teams to ensure a care model based on comprehensive clinical practice, shared responsibility, and patient-centered care.

Keywords: Interdisciplinary Health Team; Primary Health Care; Mental Health.

Introdução

A interprofissionalidade, assim como a interdisciplinaridade, está relacionada ao trabalho em equipe e tem sido reconhecida como estratégica para o cuidado centrado na pessoa, famílias e comunidade, contribuindo para a consolidação da integralidade no SUS¹. Esses arranjos favorecem a articulação da rede, a prática da clínica ampliada e a superação do modelo biomédico, sendo especialmente fundamentais para o cuidado em saúde mental em seus diversos contextos e níveis de atenção^{2,3}.

Nos últimos anos, o debate sobre interprofissionalidade ganhou relevância principalmente na educação em saúde, com propostas curriculares menos fragmentadas e voltadas à formação colaborativa. Essa abordagem também vem sendo incorporada como diretriz organizativa do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) e na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme políticas do Ministério da Saúde^{1,2,3}.

Embora interdisciplinaridade, interprofissionalidade e trabalho em equipes estejam inter relacionados, por convergirem para práticas colaborativas e para o caráter dialógico, e do agir comunicativo, tem se convencionado empregar o termo interdisciplinaridade para designar o intercâmbio de saberes, e interprofissionalidade para as práticas executadas em conjunto, por dois ou mais trabalhadores, de diferentes categorias profissionais^{1,2}. Dito de outro modo, entende-se a interprofissionalidade, ou a prática interprofissional, como o arranjo por meio do qual se efetuam a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe³.

A prática interprofissional, nesse sentido, deve ser compreendida dentro de uma perspectiva de práxis transformadora, organizada mediante a articulação intencional colaborativa, voltados para um objetivo único, com abordagens abrangentes, em diferentes contextos da articulação entre equipes de diferentes serviços da rede de atenção¹. Deve ser orientada a partir do reconhecimento da necessidade de compartilhamento de saberes e pelo compartilhamento do cuidado, entre profissionais, entre serviços, e com o envolvimento dos usuários.

Tais premissas e características também estão presentes nos conceitos de Apoio Matricial⁴ e da Clínica Ampliada e Compartilhada, e, portanto, convergem com o referencial da teoria Paideia e são fundamentais para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

O apoio matricial apresenta-se como um dispositivo e arranjo metodológico que visa favorecer o estabelecimento de relações interprofissionais mais horizontais, dialógicas, democráticas e, também, democratizantes entre os profissionais de um mesmo serviço ou de diferentes níveis de atenção⁵.

Apesar de reconhecidas como diretrizes fundamentais para a integralidade do cuidado e a promoção da saúde mental, as práticas interprofissionais, o apoio matricial e a clínica ampliada enfrentam resistências e obstáculos, de natureza tanto ideológica quanto gerencial^{2,3,5}.

A interprofissionalidade, sustentada pelo apoio matricial e pela clínica ampliada, requer clareza de papéis, espaços de encontro e comunicação colaborativa^{5,6}. Para sua efetivação, são indispensáveis o apoio e o investimento da gestão, que viabilizem fluxos de trabalho integrados, formação contínua e valorização das equipes³. No entanto, observa-se um processo de deterioração das condições de trabalho, agravado por políticas de

austeridade e pelo desfinanciamento da APS desde 2016, especialmente no caso das equipes NASF^{7,8} — cenário que também traz implicações ao cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

Por essa razão, o presente artigo assume como objetivo analisar a interprofissionalidade e o trabalho compartilhado voltados para a saúde mental na Atenção Primária à Saúde, antes e após a implementação das medidas citadas.

Método

O presente estudo tem como objeto o trabalho interprofissional e sua relação com o contexto organizacional da Atenção Primária e com a produção do cuidado em saúde mental. Trata-se de estudo qualitativo, pautado no referencial do estudo de caso^{9,10}.

Embora a unidade de estudo escolhida seja a equipe de atenção primária de territórios periféricos do município de São Paulo, foi confirmado um projeto de estudo de caso incorporado, contando com múltiplos casos¹⁰. Nesse tipo de projeto, mais de uma unidade e suas equipes são incluídas. Desse modo, foram estudadas seis unidades de saúde.

Foram levantadas informações sobre a organização da rede de saúde, das equipes e dos territórios, por meio de observação participante (com registros em diário de campo) e entrevistas com informantes-chave. A análise do material seguiu a perspectiva hermenêutico-dialética, com a construção de narrativas¹¹.

A pesquisa de campo foi realizada em 2016 e 2021, nas mesmas unidades, permitindo comparar o funcionamento das equipes antes e durante o desfinanciamento do apoio matricial, evidenciando mudanças no trabalho interprofissional. As narrativas foram submetidas à triangulação de dados para identificar semelhanças, diferenças e complementaridades⁹.

O estudo de 2016 integra a tese de doutorado “O apoio Paideia e o NASF no município de São Paulo”, aprovada pelos Comitês de Ética da UNICAMP e da SMS-SP (CAAE: 39498214.3.0000.5404 e 39498214.3.3001. Em 2021, as unidades foram revisitadas no âmbito da pesquisa “Estratégias de abordagem dos aspectos subjetivos e sociais na APS no contexto da pandemia” (ABRASCO/UNICAMP, financiamento Open Society – OR2020-75767), aprovada pelos Comitês de Ética da UNICAMP e SMS-SP (CAAE: 40699120.2.0000.5404 / Parecer nº 4.520.254). Este artigo utiliza um recorte das duas pesquisas, com foco nas relações interprofissionais voltadas ao cuidado em saúde mental na APS.

Resultados e Discussão

A análise dos diários de campo e entrevistas revelou três núcleos temáticos: a organização do apoio matricial e do trabalho interprofissional; a interprofissionalidade nas ações territoriais; e a dimensão subjetiva dos trabalhadores, relacionada às percepções, motivações e sofrimentos no exercício interprofissional.

Organização do Apoio Matricial e o trabalho interprofissional na Atenção Primária

O apoio matricial, enquanto metodologia interdisciplinar, contribui para uma APS mais resolutiva e integrada⁷. Baseia-se no compartilhamento de saberes entre profissionais, ampliando o olhar sobre o cuidado, evitando encaminhamentos desnecessários e promovendo uma clínica mais integral⁵.

Na prática do apoio matricial do NASF, a saúde mental é apontada como a principal demanda na APS. Trata-se de um campo transversal, no qual todas as categorias profissionais atuam, embora psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais sejam os mais acionados pelas equipes de saúde da família. O

trabalho interdisciplinar entre NASF e ESF, bem como entre os próprios profissionais do NASF, é visto como essencial para ampliar a clínica e a resolutividade na saúde mental. Profissionais da saúde da família relatam dificuldades e insegurança diante de casos complexos, reconhecendo a importância do suporte especializado:

“Então qual que é a ideia, assim, para que eu vou usar o apoio matricial? Em que momentos vai acionar isso? Então, assim, pode ser por algumas questões, então, assim, eu estou com uma dificuldade, eu enquanto profissional, eu sei que isso eu deveria dar conta aqui, mas eu não tenho manejo, eu preciso de uma ajuda porque eu não sei lidar com esse caso, eu não tenho experiência com isso, sou médico recém-formado, nunca trabalhei com saúde mental, eu não sei fazer isso...”. (profissional da ESF).

A narrativa evidencia a relevância da discussão de casos e do trabalho em equipe para a construção de soluções coletivas e eficazes⁴, destacando o impacto positivo do cuidado compartilhado.

“A reunião de equipe permitia que discutíssemos juntos os casos mais difíceis e traçássemos planos de cuidado compartilhados. Quando todos contribuem, a solução se torna mais eficaz e adequada”. (profissional da ESF).

Nos últimos anos, o desfinanciamento do NASF impactou significativamente o trabalho em equipe na APS de São Paulo. As equipes foram diluídas e, durante a pandemia, os profissionais passaram a atuar em equipes multiprofissionais, sem investimento na prática interprofissional^{8,7,11,12}:

“Essa mudança, reorganização do NASF aconteceu de forma repentina e um belo dia a gerente nos informou que o NASF como conhecíamos não existia mais e que com isso seria necessário reorganizar as agendas dos profissionais da equipe multiprofissional”. (profissional do NASF)

A descontinuidade do modelo anterior levou à perda de espaços coletivos, ao esvaziamento do apoio matricial e ao enfraquecimento da interprofissionalidade, reforçando a lógica biomédica na APS^{7,12}:

“Me parece que está se estruturando uma equipe multiprofissional em um modelo ambulatorial, completamente oposto do que tentávamos construir como NASF. O matriciamento está acabando. Não querem que a gente se organize para discutir casos, realizar visitas, organizar a devolutiva. Infelizmente parece que o atendimento compartilhado está sendo colocado para segundo plano”. (profissional do NASF).

As mudanças impactaram a percepção dos profissionais sobre seus papéis na APS, intensificando ambivalências. Embora o NASF favorecesse o trabalho coletivo, também revelava tensões entre o compartilhamento de saberes e a afirmação dos núcleos profissionais, exigindo equilíbrio para evitar a hierarquização entre os saberes².

Equívocos na compreensão dos limites entre campo e núcleo de saber geraram conflitos na atuação dos profissionais do NASF em São Paulo, como evidenciado:

“Então, porque a questão do matriciamento é isso, independente do profissional que você é, se surgir uma questão de saúde mental você vai matricular para a equipe essa história, assim como o psicólogo pode matricular para a equipe a questão de fisioterapia, este é o conceito do matriciamento”. (profissional do NASF).

Para alguns profissionais, o fim do NASF representou a valorização de sua especialidade, ainda que isso tenha resultado em maior fragmentação do cuidado.

“Minha atuação mudou muito desde o fim do NASF. Sinto que agora enxergam minha importância e meu papel como assistente social. Eu nunca imaginei que isso pudesse acontecer, porque enquanto equipe NASF trabalhávamos muito juntos, de forma compartilhada”. (profissional do NASF).

Apesar das adversidades, o trabalho interprofissional segue como pilar da resolutividade na APS. Profissionais destacam a importância dos espaços de discussão e da integração para assegurar um cuidado eficaz e humanizado, mesmo diante da reestruturação das equipes.

Intervenções e ações nos territórios no campo da saúde mental

A interprofissionalidade tem sido central para organizar intervenções em saúde mental nos territórios, promovendo um cuidado mais integral¹³. Observou-se a aproximação entre APS e outros serviços por meio de fóruns, reuniões intersetoriais e discussões de casos entre CAPS, NASF, educação e assistência social — com variações locais, mas sempre com algum tipo de articulação.

Grupos de saúde mental, coordenados por psicólogos e enfermeiros, têm se mostrado dispositivos potentes de acolhimento. Relatos apontam redução no uso de psicotrópicos, superação de situações de violência e maior autonomia em casos de dor crônica. Também favoreceram o acesso de famílias vulneráveis a benefícios sociais, evidenciando a interseção entre sofrimento psíquico e vulnerabilidade social.

A pandemia da covid-19 intensificou a demanda por saúde mental, com aumento de casos de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico²⁵. Profissionais relataram adoecimento em adultos e crianças, com manifestações como agressividade, insônia, uso de substâncias e tentativas de suicídio:

“Acredito que durante a pandemia aumentou a questão da saúde mental, como a ansiedade, tentativa de suicídio. Em relação às crianças e adolescentes houve um aumento da agressividade, de comportamentos ansiosos, irritabilidade, insônia, uso e dependência de substâncias”. (profissional do NASF).

Frente ao impacto da pandemia, unidades de saúde desenvolveram estratégias como grupos de luto, conduzidos por psicólogos, para acolher perdas e fortalecer a resiliência dos usuários. A atuação interprofissional tem sido um diferencial na saúde mental¹³; quando integrada, a equipe multiprofissional amplia o cuidado, melhora a qualidade do atendimento e reduz encaminhamentos desnecessários².

“A equipe multiprofissional nos ajudou a enxergar o caso de forma mais ampla. Se eu olhava apenas a parte clínica, o assistente social trazia outra perspectiva, e a psicóloga ajudava a compreender o sofrimento emocional do paciente. Esse trabalho conjunto fez toda a diferença”. (profissional da SF).

A atuação da equipe multiprofissional qualifica o atendimento e fortalece o próprio grupo de trabalho, já que o compartilhamento de saberes promove aprendizado e aprimoramento profissional^{2,3}:

“A interdisciplinaridade não só melhora os atendimentos, mas também traz aprendizado para nós, profissionais. Eu aprendi muito com meus colegas de outras áreas e isso mudou minha forma de trabalhar”. (profissional NASF).

A atuação interprofissional é essencial para fortalecer as ações territoriais e assegurar um cuidado integral e humanizado em saúde mental. A articulação entre CAPS, NASF, ESF e outros serviços é estratégica para adaptar o atendimento às necessidades locais. Apesar dos desafios da pandemia e das mudanças nos modelos de atenção, a colaboração entre profissionais mantém-se como caminho potente para a efetividade do cuidado⁷.

Interprofissionalidade e a dimensão subjetiva dos profissionais

O trabalho na APS e no NASF envolve desafios que vão além do aspecto técnico, destacando a dimensão subjetiva dos profissionais, marcada por afetos e sofrimento. Nesse contexto, a interprofissionalidade é também um importante dispositivo de apoio emocional, além de favorecer a resolutividade do cuidado^{12,13}.

Relatos indicam que o trabalho no NASF é emocionalmente exigente, marcado por demandas complexas dos usuários e dificuldades de articulação com as equipes da ESF. Muitos profissionais recorrem a estratégias individuais de cuidado, como psicoterapia e uso de psicofármacos, revelando a dificuldade em reconhecer os espaços coletivos como lugar de cuidado também para si. Esses espaços ainda são vistos majoritariamente como técnicos, com pouca abertura à expressão da subjetividade^{11,14}.

A mobilização afetiva — marcada por transferências e contratransferências — é intensa em contextos de vulnerabilidade social e sofrimento psíquico. Agentes comunitários e profissionais do NASF, por sua proximidade com as famílias, são profundamente impactados, especialmente quando intervenções não ocorrem como esperado, gerando sentimentos de raiva, tristeza e impotência. A pressão por respostas rápidas a problemas complexos gera angústia e frustração nos profissionais, que lidam com demandas que exigem abordagens interprofissionais e cujos resultados só se evidenciam no longo prazo, contrariando expectativas de soluções imediatas¹⁴.

Nesse contexto, a interprofissionalidade é essencial para o compartilhamento de desafios e a construção coletiva de soluções. O apoio matricial qualifica o cuidado e oferece suporte aos profissionais. Espaços de escuta, reuniões e trocas interdisciplinares fortalecem as equipes, reduzindo o impacto emocional e promovendo maior satisfação e saúde no trabalho⁵.

Considerar a dimensão subjetiva dos profissionais é essencial para a sustentabilidade do modelo de atenção psicossocial e do apoio matricial. Fortalecer o trabalho interprofissional e criar espaços de acolhimento são estratégias chaves para prevenir o esgotamento e qualificar o cuidado.

Considerações Finais

Este estudo analisou a interprofissionalidade e o trabalho compartilhado em saúde mental na APS, antes e após o desfinanciamento das equipes NASF e a adoção de medidas de austeridade.

Os resultados mostram que a interprofissionalidade e o apoio matricial são vistos como fundamentais para a resolutividade da APS, especialmente em saúde mental, que exige abordagens interdisciplinares e coletivas. Contudo, entre 2016 e 2021, observou-se um cenário de desinvestimento e perda de espaços coletivos, comprometendo essas práticas.

Diante desse cenário, destaca-se a importância de medidas micropolíticas que fortaleçam o trabalho interprofissional, como o apoio matricial e as reuniões de equipe. A educação permanente, fomentada por gestões públicas e instituições acadêmicas, é estratégica para qualificar o trabalho e reconstruir espaços coletivos.

Em 2021, a interprofissionalidade foi crucial para enfrentar os efeitos da pandemia e as demandas crescentes em saúde mental. Porém, o desfinanciamento do NASF representou um retrocesso na construção da clínica ampliada. A criação da eMulti (Portaria GM/MS nº 635/2023) pode sinalizar uma retomada, desde que acompanhada da valorização de espaços interprofissionais, gestão compartilhada e mecanismos que promovam a interdisciplinaridade na APS.

Referências

1. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma Revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab educ saúde* [internet]. 2020;18:e0024678. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00246
2. Spagnol CA, Ribeiro RP, Araújo MGF, Andrade WV, Luzia RWS, Santos CR, et al. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da análise institucional. *Saúde debate* [internet]. 2022;46(spe6):185–95. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E616>
3. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab educ saúde* [internet]. 2018;16(1):141–62. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>
4. Oliveira MM, Campos GWS. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2015;20(1):229–38. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2007;23(2):399–407. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
6. Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD, Pontes JEM, Luz NF, et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Esc Anna Nery* [internet]. 2022;26:e20210141. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>
7. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2020; 25(4): 1475–1482. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
8. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. (2020). *Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?*. *Cad saúde pública*. 2020; 36(9): e00040220. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Grassi D, tradutor. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
11. Campos RTO, Furtado JF. *Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde*. In: Campos RO, organizador. *Pesquisa avaliativa em saúde mental*. São Paulo: Hucitec; 2013.
12. Anéas TV, Lima MN, Braga FJL, Oliveira TL, Menezes NT A, Viana MM O, et al. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2023;28(12):3483–93. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06062023>
13. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção [internet]. 2022 [acesso em 10 set 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>
14. Campos RTO. *Psicanálise & Saúde Coletiva: interfaces 2*. São Paulo: Hucitec; 2024.

ARTIGO

O Cuidado de Pessoas que Fazem Uso de Substâncias Psicoativas na Atenção Primária em Saúde: Dificuldades e Perspectivas Promissoras

Caring for People Who Use Psychoactive Substances in Primary Health Care: Difficulties and Promising Perspectives

Rodrigo Silva Simas^I, Fabiana Pimenta de Almeida^{II}, Onézimo Tadeu D'Assunção^{III}, Cristiana Marina Barros de Souza^{IV}

Resumo

Este artigo propõe debater a consolidação da construção política via Ministério da Saúde à Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, delineando os serviços de base territorial que compõem a RAPS. Ao propor o cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas na Atenção Primária em Saúde, é necessário perpassar pelos meandros da construção política que embasam o cuidado em saúde mental no SUS, para compreender o fortalecido da APS e de seus equipamentos, como as Estratégia de Saúde da Família, as e-Multi, os Consultórios na Rua (destinados ao atendimento de pessoas em situação de rua) e os Centros de Convivência, promovendo o cuidado no território aos usuários de Álcool e outras Drogas.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção primária; Redução de danos.

Abstract

This article proposes to discuss the consolidation of the political construction via the Ministry of Health in Comprehensive Care for users of Alcohol and other drugs, outlining the territorial-based services that make up the RAPS. When proposing care for people who use psychoactive substances in primary health care, it is necessary to go through the intricacies of the political construction that underpins mental health care in the SUS to understand how care for this population can be strengthened in the APS and in Primary Health Care facilities, such as the Family Health Strategy, e-Multi, Street Clinics (aimed at serving homeless people) and Community Centers, strengthening care in the territory.

Keywords: Mental health; Primary care. Harm reduction.

^I Rodrigo Silva Simas (rodrigossimaspsi@gmail.com) é psicólogo e especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), supervisor clínico institucional do CAPS II de Ouro Preto (MG) e do CAPSad Itabira (MG). Apoiador Educacional do Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ\Brasília).

^{II} Fabiana Pimenta de Almeida (fabianapimentadealmeida@gmail.com) é terapeuta ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em Saúde Pública (FUNCESI), especialista em Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS (ESP/MG), apoiadora educacional do Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ\Brasília). Trabalhadora da RAPS de Itabira (MG).

^{III} Onézimo Tadeu D'Assunção (tadeu.assuncao@gmail.com) é psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), mestre em Psicologia Social (UFSJ), supervisor clínico institucional do CAPS AD de Ouro Preto (MG). Coordenador no Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ Brasília).

^{IV} Cristiana Marina Barros de Souza (cristianapsicologia@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), especialista em Saúde Mental (PUC/MG), mestre em Saúde Coletiva/Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), supervisora clínica Institucional do CAPSIJ de Ouro Preto (MG). Apoiadora Educacional do Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ\Brasília). Docente na PUC (MG) e Pitágoras (MG).

A política de saúde para usuários de álcool e outras drogas, redução de danos e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A promulgação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) (2003) inaugura uma intervenção mais sistematizada do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de princípios antimanicomiais da Lei 10.216¹ e das estratégias de Redução de Danos no cuidado em saúde de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Até a criação da política, a questão do uso de drogas no Brasil era tratada preferencialmente por instâncias jurídicas, a partir do viés do proibicionismo e da criminalização do uso. O cuidado para usuários de álcool e outras drogas era incipiente no SUS até 2003, quando se ampliou a abordagem da questão para o âmbito da saúde pública e se induziu o Sistema de Saúde a se estruturar para o cuidado desta população.

No documento da PAIUAD é adotada a política de Redução de Danos (RD) enquanto norteadora do cuidado. Apesar de o programa estar vinculado ao antigo programa de DST/AIDS, a diretriz da Redução de Danos (RD) passa a ser incluída também pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em um movimento que resultou na ampliação do entendimento e das práticas sobre a RD, pois, ao não estar mais dirigida especificamente para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, deixa de ser apenas uma estratégia, passando a ser uma lógica e orientação política.

Buscam-se alternativas para o cuidado, tendo como instrumento legal a lei 10.216¹, em alinhamento com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Redução de Danos. O Ministério da Saúde² propôs que o consumo de álcool e outras drogas fosse considerado um problema de Saúde Pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico. Esse redirecionamento pode ser observado na criação dos CAPSad como serviços especializados estratégicos na assistência a usuários de álcool e outras drogas³.

Em dezembro de 2011, mesmo mês da publicação do “*Plano Crack é Possível Vencer*”, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde emitiu a portaria GM/MS 3088/2011⁴, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS dentro da proposta de criação de Redes de Atenção à Saúde. O objetivo manifesto era ampliar o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ao cuidado em saúde mental, e garantir a articulação e a integração das redes de saúde territorialmente, por meio do acolhimento, do cuidado contínuo e da atenção às urgências.

Essa portaria definiu uma reorganização da Rede de Atenção Psicossocial em sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial⁴.

Apesar de reordenar uma lógica já existente de cuidado compartilhado em rede, a RAPS incluiu, a título de novidade, as Comunidades Terapêuticas (CTs) no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. Além disso, ao se situar essas instituições no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, elas foram vinculadas aos CAPSad, fazendo com que o encaminhamento para tais instituições fosse realizado pelos serviços da Atenção Especializada; o que parece pouco provável de acontecer. Além disso, as CTs sempre participaram do terceiro setor, não havendo uma regulação e fiscalização dos parâmetros de funcionamento desses serviços. Em contrapartida, a implementação das Unidades de Acolhimento (UA) para usuários de drogas, no âmbito do SUS, ficaram no mesmo eixo no qual foram alocadas as CTs, operando de acordo aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Acredita-se⁵ que a Política de Saúde Mental para usuários de drogas ganhou impulso a partir de 2009, com a criação dos Consultórios de Rua, dos Centros de Convivência e dos CAPS III e ad III; do treinamento de trabalhadores dos serviços e profissionais de saúde, da implementação das Residências Multiprofissionais

em Saúde Mental, além do estímulo à intersetorialidade. No entanto, os autores consideram um retrocesso a portaria que implementou a RAPS, em razão da institucionalização das CTs na rede do SUS e RAPS.

A transição⁶ para o modelo da Atenção Psicossocial foi incompleta, pois, apesar da expansão no número de CAPS, realizada desde 2002, ela ainda era insuficiente, especialmente no que tange ao quantitativo de CAPSad. No fim de 2010, dos 1.620 CAPS implantados, apenas 258 eram CAPSad. Esses serviços não conseguiram desempenhar uma função adequada de articulador da rede assistencial sobre drogas. Além disso, eles apontaram outros impasses, como a frequente falta de profissionais, de insumos e de estrutura física adequada. O trabalho territorial preconizado, em muitos casos deu lugar a um cuidado ambulatorial predominante, com uma abordagem simplista do uso de drogas, de modo a contribuir para o trabalho fragmentado em rede.

Já em 2024, o Brasil contava com 499 CAPSad, sendo 338 CAPSad II, 158 CAPSad III e 3 CAPSad IV⁷. Apesar de uma ampliação desse número, é cada vez mais notória a necessidade de pensar o cuidado para além dos serviços especializados. Isso ocorre porque “não existe equipamento autossuficiente na produção de cuidados no SUS, necessita-se de uma rede de cuidados⁸”.

O estigma e o preconceito decorrente da política proibicionista hegemônica no Brasil, associada à falta de formação adequada para os profissionais e população sobre o tema, leva a um baixo acesso dessa população aos serviços de saúde⁹, assim produzindo impasses na qualidade do cuidado ofertado. Nesse sentido, é fundamental discutir a função de outros componentes e serviços na assistência a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Este texto visa discutir o papel do componente Atenção Primária em Saúde no cuidado dessa população.

A Atenção Primária à Saúde e o cuidado às pessoas que sofrem com o uso de substâncias psicoativas

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como diretriz a promoção de uma atenção integral à saúde e prevenção a agravos, pautada nos princípios da família, do território e da comunidade. A concepção ampliada de saúde na sua dimensão biopsicossocial, que compreende o processo saúde-doença como um fenômeno multidimensional, demanda uma atuação interdisciplinar e colaborativa dos profissionais de saúde. As legislações que financiam a Atenção Primária em Saúde privilegiam o financiamento de ações como vínculo de usuários, acompanhamento territorial, organização do trabalho em rede de serviços¹⁰.

A atuação da APS se fundamenta na lógica do território, partindo do pressuposto de que é um espaço dinâmico de interações e relações sociais. O território configura-se como um campo onde se reproduzem os modos de vida hegemônicos e, simultaneamente, emergem resistências e singularidades¹¹. A construção de uma rede de saúde deve considerar a singularidade das diferentes vivências, fomentando a contratualidade social e o desenvolvimento da autonomia individual e coletiva, possibilitando o reposicionamento subjetivo dos indivíduos em relação a si mesmos e ao mundo, fato crucial para o cuidado de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Na APS, a abordagem das questões de saúde mental e do uso de álcool e outras drogas apresenta lacunas significativas. As ações direcionadas às vulnerabilidades associadas ao uso de substâncias psicoativas carecem de proeminência e de programas específicos em seu escopo de atuação.

Nem todos os trabalhadores da atenção primária se sentem capacitados e seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental. Surgem, então, dificuldades de variadas naturezas, as quais repercutem diretamente na acessibilidade, ou seja, na relação entre oferta de serviços e impacto desta na capacidade de utilização da população, muitas vezes irregular e que impossibilita a resolubilidade da assistência¹².

De acordo com os princípios da universalidade e integralidade no SUS, os usuários de drogas, assim como suas famílias, devem ter acesso aos serviços de saúde e demais políticas públicas, direito que deve ser garantido em todos os níveis de atenção, e não apenas nos serviços especializados.

Todavia, observa-se que demandas relacionadas a álcool e outras drogas provocam ainda muitos constrangimentos nas equipes da APS, que, na maioria das vezes, encaminham para especialistas. Tal fato se justifica, muitas vezes, pela falta de tempo e de competências para cuidar, com base no argumento de que não atendem pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, encaminhando-as para os CAPSad.

Esse tipo de afirmação parece contraditória, pois, dada a prevalência de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas na população, é impossível não ter acesso e conhecimentos sobre esses casos. Tal abordagem parece revelar o estigma relacionado às drogas por ignorar o uso de substâncias psicoativas no processo de cuidado ou mesmo o desconhecimento em relação à ética da Redução de Danos quando aplica-se apenas um conceito dessa política, como o cuidado condicionado à abstinência, que não ocorre na maioria das situações.

Os Serviços que compõem a Atenção Primária em Saúde (APS) e o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas

Entre os serviços que compõem a Atenção Primária em Saúde, temos as Unidades Básicas de Saúde (incluindo os Centros de Saúde ou Postos de Saúde), a Estratégia de Saúde da Família, as e-Multi, os Consultórios na Rua (destinados ao atendimento de pessoas em situação de rua) e os Centros de Convivência.

A - As Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

As Unidades Básicas de Saúde, por seu caráter territorial e atuação nos diferentes ciclos de vida dos usuários, têm como potencialidade atuar de forma transversal no cuidado ao uso de álcool e outras drogas.

Atuam principalmente na identificação precoce, realizando intervenções breves, e são responsáveis pela continuidade do cuidado dos casos mais leves¹³. Além disso, tendo em vista que 59,1% dos municípios brasileiros não contam com contingente populacional para implantação de CAPS, nos municípios com menos de 15 mil habitantes, que correspondem a 10,8% da população nacional, o cuidado em saúde mental se dá predominantemente nos serviços da Atenção Primária⁷.

Por outro lado, em muitos lugares a Estratégia da Saúde da Família conta com uma baixa cobertura populacional. Esse fator prejudica o cuidado territorial entre usuários e muitas vezes leva a sobrecarga dos serviços especializados.

B - As e-Multi

Em 2008 se iniciou o processo de implementação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF visa ampliar e fortalecer as ações dos profissionais da Atenção Primária por meio do apoio de equipes multiprofissionais. Propõe o apoio matricial ou matriciamento, como meio para a construção de relações mais horizontais entre os profissionais, buscando reverter a lógica da especialização, o isolamento dos procedimentos e a fragmentação com a atenção básica¹⁴.

O apoio matricial¹⁵ pode se desenvolver em três planos: (1) troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; (2) atendimentos e intervenções conjuntas entre profissional de referência e apoiador; (3) atendimentos ou intervenções complementares especializadas do próprio apoiador. Nesse cenário, o apoio matricial se incumbe de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência

do Programa Saúde da Família, fundando o pressuposto de que nenhum especialista, isoladamente, pode assegurar uma abordagem integral.

Questões como queixas escolares, problemas relacionados ao uso de drogas, violência de gênero, questões relativas a conflitos familiares, luto, depressão e ansiedade são possíveis de serem discutidos e trabalhados entre as equipes da atenção básica e as equipes do NASF. Estudos sobre a articulação entre saúde mental e atenção primária identificam que o matriciamento proporciona maior estreitamento do laço entre os profissionais, possibilitando práticas inovadoras¹⁴.

A atuação dos NASFs e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF) são fundamentais para aprimorar e fomentar estratégias em saúde apresentando nuances específicas^{16,17} de promoção da saúde aos usuários de substâncias psicoativas no território.

As equipes de NASFs, possuem o foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, priorizam a identificação precoce de sofrimento psíquico e intervenções multidisciplinares breves, atuando de forma transversal nas demais áreas da APS. Por outro lado, outros autores¹⁸ destacam que o CAPS possui uma expertise em saúde mental, direcionam seus esforços para casos complexos, gestão de casos e projetos terapêuticos singulares, complementando a atuação da atenção primária.

Os NASFs, atualmente denominados Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (e-Multi), foram reorganizados por meio da Portaria 635, de 22 de maio de 2023¹⁹, enquanto componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desempenham um papel fundamental na ampliação do acesso aos serviços de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa expansão se concretiza pelo apoio matricial, pela oferta direta de cuidados a indivíduos com sofrimento psíquico ou uso prejudicial de substâncias psicoativas e pela atuação transversal nas demais linhas de cuidado, promovendo o acompanhamento longitudinal dos usuários e suas famílias no território.

C - As Equipes de Consultório na Rua

As equipes de consultório na rua, via implementação do Ministério da Saúde, foram, na sua base, inspiradas pela experiência de campo do professor e médico Antônio Nery, em Salvador, na ocasião membro do CETAD\UFBA. O objetivo central das equipes de consultório na rua é a atenção à saúde e assistência às pessoas que vivem em situação de rua, que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e possuem dificuldades ao acesso a serviços de saúde e políticas públicas no geral. Essa população inclui crianças, adolescentes, adultos e idosos²⁰.

O consultório na rua, por sua vez, assume a responsabilidade de levar saúde aos usuários que se encontram vulneráveis pelo consumo prejudicial de álcool e outras drogas, e àqueles que não acessam as redes públicas ou estão nos territórios²¹, assim como as pessoas com trajetória de vida nas ruas. Como estratégia de atenção à saúde, as equipes de consultório na rua realizam o cuidado *in loco*. Sendo uma iniciativa que estabelece o cuidado em saúde de forma global e na sua dimensão biopsicossocial às pessoas que se encontram em vulnerabilidade social e risco de vida.

As premissas dessa equipe volante, que atua de forma multidisciplinar e com os princípios da reforma psiquiátrica, na qual o cuidado é ofertado em liberdade, tem como foco os pressupostos da territorialização, da redução de danos, interdisciplinaridade.

Na atual configuração do Ministério da Saúde, os Consultórios de Rua foram nomeados como Consultórios na Rua, compondo as Estratégias da Equipe de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde. Com a nova configuração e nomeação, os Consultórios na Rua agora pertencem à APS, operando como:

Dispositivos clínicos inseridos na rede de atenção psicossocial que, ao realizar o deslocamento do espaço protegido e fechado das instituições ao mundo aberto, disperso e plural das ruas, conduz a saúde ao exercício de uma clínica a céu aberto, desprotegida, disponível e confrontada por questões que transcendem as ideias de doença, mas, na qual, a dor se faz presente²¹ (p. 142).

As equipes de consultório na rua possuem um papel fundamental na APS, compondo as Estratégias da Saúde da Família, subsidiando as ações de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas ou se encontram em vulnerabilidade e risco social com trajetória de vida nas ruas. Assim, levam o cuidado da atenção primária em saúde aos territórios e locais onde essa população se encontra, demarcando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, e reafirmando a lógica da Redução de Danos como princípios norteadores do cuidado em saúde aos usuários.

D - Os Centros de Convivência e Cultura

Desde 2011, entre os serviços previstos no componente Atenção Primária em Saúde da RAPS, estão os Centros de Convivência e Cultura, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Apesar de experiências anteriores no Brasil, somente em 2025 esses serviços passaram a ter portaria para habilitação e financiamento.

Tais serviços têm como público prioritário pessoas em sofrimento mental acompanhadas nos CAPS. Ao serem pensados na perspectiva da Atenção Primária em Saúde, uma série de desafios e potenciais advém. Entre eles, o acolhimento a pessoas que não estão nos CAPS, mas sim nos CAPSad, em outros serviços da rede de saúde ou até mesmo fora deles.

O cuidado de pessoas que usam substâncias psicoativas sob a ótica da Redução de Danos pressupõe oferta de espaços de acolhimento, convivência e cultura como forma de produção de cidadania e enfrentamento de estigmas. Ao pensar na Redução de Danos articulada à arte, à cultura, à cidadania e à garantia de direitos a partir do trabalho como o Ponto de Cultura e Centro de Convivência “É de lei” (SP)²², destaca que:

A produção de laços sociais é mediada por práticas artísticas e culturais e pela convivência, que significam e afirmam o modo singular de cada um estar no mundo, para além dos estigmas vinculados às pessoas que usam drogas. As atividades permeadas por processos criativos e realizadas de forma colaborativa fomentam o reposicionamento subjetivo dos participantes sobre sua relação com a droga, o que provoca reflexões sobre as formas de vida e pode mudar hábitos²².

Os Centros de Convivência e Cultura têm um papel fundamental na transformação dos sujeitos e da cultura proibicionista. Por meio da arte e outras ferramentas, podem responder ao mandato ético, estético e político da Redução de Danos. Orientados por esse referencial, devem ser espaços de baixa exigência e consequente ampliação de acesso e produção de vida e cidadania, remetendo aos princípios da inserção social e política dessa clientela, pontos cruciais da diretriz da política de Redução de Danos.

Considerações Finais

Podemos concluir que a atenção em saúde primária aos usuários com uso prejudicial de álcool e outras drogas deve ser um cuidado multidimensional e multidisciplinar, assim construindo uma rede de serviços, que seja norteadora pelos princípios do SUS e pelos princípios éticos da Redução de Danos, respeitando a

singularidade e a autonomia dos sujeitos e levando a oferta de práticas e cuidado em saúde no território no qual estes sujeitos se localizam.

Observa-se que o viés proibicionista e os estigmas associados ao consumo de SPA impactam na oferta de assistência na rede, especialmente nos equipamentos de atenção primária em saúde e nas suas estratégias de oferta de cuidado.

Por outro lado, percebe-se que a implementação e fortalecimento de dispositivos da RAPS, como o Centro de Convivência e o Consultório na Rua, atuam para ampliação do acesso dos usuários às redes de cuidado e a política de Redução de Danos. Já as equipes e-multi atuam na qualificação da Atenção Básica e nas Equipes de Saúde da Família como instrumentos de educação em saúde e assistência à população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Contudo, percebe-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido quando falamos sobre o cuidado em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas na APS e em seus territórios. Assim, o fomento de práticas de educação permanente, discussões sobre Redução de Danos e sua aplicabilidade no território, têm sido um divisor para demarcar que estamos construindo uma RAPS potente e fortalecida, na qual o cuidado em liberdade ao usuário de SPA torna-se a principal premissa no território, na cidade e no SUS.

Referências

1. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília: Presidência da República, 2001.
2. MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 24 dez.
5. PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H.; CLARO, H. G.; GONÇALVES, A. M.; REINALDO, A. M. S. Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento? *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 3, 2017.
6. COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 395-406, 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. Saúde Mental em Dados – 13, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD – Brasília : Brasília : Ministério da Saúde, 2024.
8. QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B.. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, p. 253-271, 2014.
9. BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de co-financiamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2024;
11. YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P.. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

12. QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.
13. MENDES, R. D. O., PACHECO, P. G., NUNES, J. P. C. O. V., CRESPO, P. S., & CRUZ, M. S. Revisão da literatura sobre implicações para assistência de usuários de drogas da descriminalização em Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3395-3406, 2019.
14. D'ASSUNÇÃO, Onézimo Tadeu; DALLA VECCHIA, Marcelo; SANTOS, Tassiana Gonçalves Constantino. Programa Bem Viver: saúde mental, atenção básica e seus analisadores em pequenos municípios. *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia*. v. 74, p. 204, 2022.
15. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
16. SANTOS, Willian Tito Maia. Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: a inserção de profissionais da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 172 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
17. MOURA, Renata Heller de; LUZIO, Cristina Amélia. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. supl. 1, p. 957-970, 2014.
18. LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 635, de 22 de maio de 2023. Brasília, DF, 2023.
20. NERY, Antônio Filho; VALÉRIO, Andréia Leite Ribeiro; MONTEIRO, Luiz Felipe. Guia do projeto Consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.
21. SILVA, Rosimeire Aparecida da. Reforma psiquiátrica e redução de danos [manuscrito]: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. / Rosimeire Aparecida da Silva. - - Belo Horizonte: 2015. 199f.
22. MACHADO, K. D. S., CRUZ, M. S., CARVALHO, M. C. D. A., PETUCO, D. R. D. S. Insumos, arte e laço social no contexto das práticas contemporâneas em Redução de Danos no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v34, p. 34-46, 2024.

ARTIGO

O que dizem os profissionais da Atenção Primária em Saúde do Município de Votorantim-SP sobre a oferta de cuidado em saúde mental?

What do Primary Health Care professionals in the Municipality of Votorantim-SP say about the provision of mental health care?

Isabella de Fátima Batista¹, Alana de Paiva Nogueira Fornereto^{II}

Resumo

Desde a reforma psiquiátrica, algumas pesquisas são desenvolvidas para estudar a implementação do cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde, e seus resultados vêm mostrando que promover diálogos entre trabalhadores é essencial para concretizar esse cuidado. Assim, este artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa e participativa que mapeou as práticas de cuidado em saúde mental que são realizadas na APS de Votorantim por meio da perspectiva dos profissionais de saúde locais. Os dados foram coletados por meio de um formulário eletrônico e entrevistas individuais com profissionais de quatro unidades básicas de saúde, utilizando um roteiro semiestruturado. As informações foram analisadas pela técnica de análise temática e os resultados revelaram várias práticas de cuidado que são realizadas, porém não são reconhecidas ou valorizadas como parte do cuidado em saúde mental. Essa desvalorização está associada a diversos desafios também listados ao longo da pesquisa. Com base nesses resultados, espera-se que esse material contribua para a educação permanente em saúde, ressaltando que o cuidado em saúde mental deve começar neste nível de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Integralidade em Saúde.

Abstract

Since the psychiatric reform, several studies have been conducted to explore the challenges of implementing mental health care within primary health care (PHC), and their findings have highlighted that fostering dialogue among healthcare workers is essential to making this care effective. This article presents the results of a qualitative and participatory research project that aimed to map mental health care practices carried out within the PHC network in Votorantim, from the perspective of local health professionals. Data were collected through an online questionnaire and individual semi-structured interviews with professionals from four basic health units. Thematic analysis was employed to examine the data. The results revealed a variety of care practices

¹ Isabella de Fátima Batista (isabellabatista@estudante.ufscar.br) é psicóloga, especialista em terapia cognitiva-comportamental, mestre pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica. Atua na saúde mental em um CAPS-IJ e no apoio matricial.

^{II} Alana de Paiva Nogueira Fornereto (alanaf@ufscar.br) é terapeuta ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto), doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela UFSCar, especialista em Terapia Ocupacional em Saúde Mental. Atua como docente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica (Mestrado profissional). Coordenadora da Coordenadoria do Núcleo UFSCar - Saúde Pró-Reitoria de Extensão (NUSau/ ProEx).

that are indeed carried out but are not acknowledged or valued as mental health interventions. This lack of recognition is linked to several challenges identified throughout the research. Based on these findings, it is expected that this material will contribute to continuing health education, emphasizing that mental health care should begin at the primary level of care.

Keywords: Primary Health Care; Mental Health; Integrality in Health.

Introdução

A história da saúde mental no Brasil é marcada por significativas transformações, especialmente no que tange à forma de cuidado oferecida às pessoas em sofrimento psíquico, impulsionadas tanto por movimentos nacionais quanto por influências internacionais.

Historicamente, o tratamento das pessoas com transtornos mentais no Brasil e no mundo era caracterizado pela exclusão e isolamento em manicômios, sendo esse modelo muito criticado após a Segunda Guerra Mundial devido às condições desumanas e à violação dos direitos básicos dos pacientes que culminou na construção de muitos movimentos sociais que buscavam a reformulação da assistência psiquiátrica.^{1,2}

Diante desse cenário, as discussões sobre a reforma psiquiátrica resultaram na consolidação de um novo modelo assistencial, garantindo os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e dando origem ao Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).^{1,2}

A partir daí, houve importantes legislações que buscaram reforçar os direitos dos pacientes, promover a desinstitucionalização e estabelecer novos modelos assistenciais no território e em rede, como, por exemplo, as legislações que regulamentaram a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), excluindo os hospitais psiquiátricos e reconhecendo a importância de uma rede articulada e humanizada.^{1,2}

Com isso, surge o apoio matricial, inicialmente descrito como proposta de intervenção por Campos³ como um arranjo organizacional para o trabalho em saúde mental, que tem o objetivo de “[...] contribuir para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental nos espaços onde circula, por meio de uma construção coletiva de saberes” mediante o trabalho em conjunto da equipe de saúde mental (apoio matricial) e os trabalhadores da atenção primária em saúde (equipe de referência).

Contudo, além do apoio matricial, existem outras formas de se produzir o cuidado no território, citados por diversos autores⁵⁻⁸ como: as Práticas Integrativas e Comunitárias (PICs), as Tecnologias Leves (acolhimento, humanização, escuta ativa e vínculo), as oficinas terapêuticas, as rodas de conversa, as visitas domiciliares, o monitoramento de indicadores, a educação permanente em saúde, os aplicativos de autoajuda⁹ e outros, que muitas vezes são pouco explorados pelos profissionais da atenção primária em saúde.

Considerando as multifacetadas culturais, históricas e territoriais, bem como as estruturas dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada região, esta pesquisa se mostrou muito relevante para o município de Votorantim e para a região de Sorocaba, no interior paulista, no sentido de fornecer subsídios para a resolução dos problemas práticos do cotidiano, uma vez que não foram encontrados outros estudos no município que corroborem para essa resolutividade. Principalmente por se tratar de uma região com uma cultura manicomial e hospitalocêntrica presente na vida e nas práticas de saúde existentes. Dito isso, os objetivos da pesquisa visaram identificar, mapear e analisar o cuidado em saúde mental realizado na atenção primária em saúde do município a partir da perspectiva dos profissionais desse nível de atenção à saúde, buscando compreender como se dá a responsabilidade de cada equipamento da rede no cuidado.

Metodologia

Esta pesquisa de caráter exploratória foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e aprovada sob parecer nº 6.108.811, respeitando as resoluções vigentes.

O estudo teve um desenho qualitativo, inspirado na combinação de elementos metodológicos oriundos da pesquisa-intervenção e da análise temática da Minayo¹⁰, tendo como objeto o cuidado em saúde mental na atenção primária do Município de Votorantim (São Paulo) durante o período de 2022 a 2023.

Para a produção de dados, coletamos informações de documentos institucionais, monografias, artigos e teses que tiveram como objeto o cuidado em saúde mental na atenção primária, além de formulários semiestruturados e entrevistas individuais com os profissionais.

Cabe salientar que, enquanto uma pesquisa no qual o campo de estudo é também o campo de atuação de quem faz a pesquisa, não podemos deixar de considerar o papel de participação do pesquisador enquanto **sujeito implicado**. Segundo Merhy¹¹, todo pesquisador, além de sujeito epistêmico, é um sujeito ideológico, ou seja, um sujeito interessado que tem certas concepções, e não outras.

Diante disso, optamos por realizar um recorte de uma das regiões do município que possui quatro equipamentos da atenção primária (um ESF e três UBS), com um total de 105 profissionais inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), segundo dados coletados em março de 2022, dos quais 61 foram convidados pessoalmente pela pesquisadora para participação. Outros 18 efetivamente responderam ao formulário eletrônico com questionário semiestruturado da primeira etapa, respeitando aos critérios de serem profissionais alocados em uma das quatro unidades de saúde da APS da Região e não estarem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

Já a entrevista individual presencial contou com a participação de três profissionais, um de cada unidade participante, que foram selecionados de maneira intencional, para que fossem aprofundadas as reflexões sobre a temática respeitando os seguintes critérios para inclusão: estarem alocados em uma das quatro unidades da região e ter participado da primeira etapa da pesquisa; atuarem diretamente no cuidado em saúde mental há pelo menos um ano; demonstrarem interesse pelo tema pertinente a essa pesquisa, conforme demonstrado na primeira etapa com o preenchimento dos formulários eletrônicos.

Resultados/discussão

Caracterização do Campo de Estudo

O Município de Votorantim possui **124.468 habitantes**¹² e localiza-se na região metropolitana de Sorocaba, que já foi considerada o maior polo manicomial do país, pois, já em 1970, contava pelo menos dez hospitais psiquiátricos.

Em 2011, foram contados pelo CNES 2.792 leitos com financiamento público nesses manicômios. Somente em Sorocaba, havia quatro hospitais psiquiátricos com 1.369 leitos SUS, sendo a segunda cidade com maior número de leitos psiquiátricos no país.

Contudo, tal cenário só veio a público a partir de denúncias de violações de direitos em agosto de 2012, o que culminou na execução de um Termo de Ajustamento de Conduta que previa a extinção dos hospitais psiquiátricos da região até 2018 e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental.¹³ Após o TAC, Votorantim passou a construir sua RAPS, configurando-se com equipamentos da atenção primária, secundária e terciária.

Caracterização dos Participantes

A pesquisa envolveu dezoito profissionais de quatro unidades de saúde, predominando o gênero feminino (dezesseis mulheres e dois homens), abrangendo formações acadêmicas de nível médio (bolsistas), técnico (auxiliar/técnico de enfermagem e assistente administrativo) e superior (médico, enfermeiro e dentista).

A participação dos funcionários da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve uma taxa de adesão considerável (34%), diante das demais (de 10% a 24%), parece estar relacionada a esse modelo de atenção, que estimula o cuidado em saúde mental em equipe, uma vez que a ESF é tida como um modelo reorientador da atenção e do processo de trabalho do SUS.¹⁴

No entanto, a adesão menor de outras unidades pode ser atribuída à alta rotatividade de profissionais (turnover), a descontinuidade de projetos, a alta demanda de trabalho e à falta de compreensão sobre a importância da temática, assim como apontado por outras pesquisas levantadas.^{15,16} Contudo, cabe explicitar que estamos falando de uma região do Brasil que já foi considerada polo manicomial por muitos e muitos anos, conforme já dito anteriormente.

Quanto à atuação nesse cuidado, 66,7% dos participantes afirmaram não trabalhar diretamente nessa área, embora a maioria tenha demonstrado interesse em responder ao questionário. Isso indica certo interesse sobre a temática, principalmente chamando a atenção a participação de profissionais como dentistas e assistentes administrativos, ainda que muitos não se reconheçam nesse papel de cuidado.

Em relação ao cuidado odontológico, observamos poucos referenciais sobre o tema atrelado ao cuidado em saúde mental na atenção primária, principalmente pela falta de capacitação desses profissionais para lidarem com as alterações psicológicas que o atendimento odontológico pode despertar nos usuários. Porém, o interesse desses dois profissionais em participar da pesquisa se mostrou genuíno, assim como em outros achados científicos, que apontam que isso decorre devido ao grande número de casos de usuários com transtornos mentais e as dificuldades cotidianas do fazer clínico.¹⁷

A predominância de médicos entre aqueles que se veem atuando diretamente no cuidado reflete uma atenção pautada no modelo biomédico, como proposto por Cardoso et al.¹⁸ Contudo, outro achado interessante dessa pesquisa é que apenas uma enfermeira respondeu ao questionário sem se reconhecer fazendo cuidado em saúde mental, porém, a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem que participaram reconhecem esse serviço sendo feito pelos enfermeiros.

Além disso, houve nessa pesquisa o reconhecimento desse cuidado sendo realizado também por diversos profissionais, incluindo o gerente de serviço de saúde (n=11), auxiliar de serviços gerais/limpeza (n=11), assistente administrativo/recepcionista (n=5) e farmacêutico (n=3). O que aponta para uma contradição entre o fazer e a percepção desse fazer.

Segundo alguns autores¹⁸, a literatura aponta que os profissionais da APS, especialmente médicos e enfermeiros, sentem-se sobrecarregados, por compreenderem que as práticas de saúde mental pertencem aos especialistas no assunto e não às suas práxis, o que também pode estar relacionado à não-percepção dessa atuação.

Identificação e Mapeamento das Práticas de Cuidado em Saúde Mental

Como um dos objetivos principais dessa pesquisa, foram identificadas e mapeadas as atividades de saúde mental desenvolvidas no município, conforme relatado pelos participantes da pesquisa. O Gráfico 1 ilustra as ofertas de cuidado percebidas nos cenários de trabalho, destacando a predominância de práticas de acolhimento, vínculo e escuta do usuário, que somaram dezessete respostas.

Embora o cuidado especializado tenha seu espaço, as práticas coletivas, como grupos terapêuticos, foram menos frequentemente mencionadas. Isso sugere uma percepção limitada sobre ações de cuidado em saúde mental, que vão além da assistência especializada.

Com relação a acolhimento, vínculo e escuta do usuário, outras pesquisas também apontam para a importância dessas tecnologias leves para o fortalecimento da relação entre os sujeitos da tríade profissional-usuário-família, salientando a importância de desenvolver espaços para a construção participativa do cuidado.^{15,18} Entretanto, o fato de não apontarem inicialmente as PICs sendo realizadas, parece corroborar com o não reconhecimento de tais ações de cuidado.

Gráfico 1 – Ofertas de cuidado realizadas



Essa listagem foi elaborada a partir de experiências exitosas localizadas na literatura⁶⁻⁸, na página virtual do projeto “Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial”, realizado pela Fiocruz, e do próprio “Caderno da Atenção Básica - Número 34” desenvolvido pelo Ministério da Saúde¹⁹. Contudo, também havia uma alternativa denominada “outros”, na qual o funcionário poderia descrever outras ofertas que ele identificasse, a qual ninguém utilizou.

Além do acolhimento e vínculo (17), os dados revelaram uma ênfase significativa em práticas como a prescrição de medicamentos psicotrópicos (14) e encaminhamentos para especialistas (13), enquanto a elaboração de projetos terapêuticos singulares e ações preventivas foram mencionadas por apenas quatro e dois participantes, respectivamente. Isso aponta para uma baixa atenção a cuidados integrais e discussão de caso, o que é compatível também com os achados de outras pesquisas.⁴

Por outro lado, quando questionados sobre outras formas de se ofertar o cuidado em saúde mental na atenção primária, os profissionais ressaltaram as práticas de promoção e prevenção em saúde como, por exemplo, grupos terapêuticos, rodas de conversa, palestras, práticas integrativas, as quais também são encontradas na literatura.⁵ Ressaltando-se a importância do apoio matricial para potencializar as equipes de APS nesse cuidado, promovendo espaços para discussões dessas práticas com responsabilidades compartilhadas entre as equipes.³

O cuidado: o fazer prático e o fazer previsto

Foi solicitado que os profissionais descrevessem no formulário eletrônico, práticas realizadas na unidade em que atuam, obtendo-se como resultado 10 respostas voluntárias, com situações variadas, descritos no Quadro 1. Contudo, parece não haver o entendimento de que essas práticas são valiosas práticas de cuidado, conforme também descrito em literatura¹⁸.

Quadro 1 – Comparação entre os discursos e as práticas descritas em bibliografia

RELATO (Participante/Profissão)	AÇÕES IDENTIFICADAS
Uma paciente que estava em um momento de angústia mental começou a chorar na unidade, acabou sendo acolhida por outro funcionário e, por fim, acalmou os ânimos... (Participante 9D, Bolsista)	acolhimento, vínculo e escuta do paciente e ações de atenção à crise em saúde mental
Enquanto em férias, conseguimos uma força tarefa de encaminhamento de um paciente psicótico ao Caps. Com a ação conjunta entre psiquiatra a distância, clínico, enfermeiro e gerente, conseguimos trabalhar no paciente a aceitação de que aquela ação era o melhor para sua demanda. De forma que, ao término do procedimento, o paciente retornou na semana seguinte, agradecendo o encaminhamento (Participante 1B, Médico)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, atendimento conjunto entre profissionais, discussão de caso e construção de PTS, ações de atenção à crise em saúde mental, orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde mental, articulação com outros serviços e encaminhamento ao profissional e/ou outro serviço de saúde mental
Minha filha passou por um quadro de depressão no período da pandemia, foi muito bem acolhida e atendida [pela médica da APS e do matriciamento] e ainda se encontra em tratamento (Participante 6B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, atendimento conjunto entre profissionais, ações de atenção à crise em saúde mental
Durante o atendimento [odontológico], uma paciente começou a chorar muito e comentou que sentia tristeza e estava com medo. Interrompi o tratamento e chamei a enfermeira da unidade para que pudéssemos ajudá-la. Foi realizado o agendamento médico e psicológico da paciente e, hoje, ela se encontra bem melhor e agradecida por ter sido ajudada. Algo simples, mas que fez a diferença, ela está tomando medicamentos e cuidando da depressão (Participante 13C, Dentista)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, ações de atenção à crise em saúde mental, discussão de caso e construção conjunta de PTS, prescrição de medicamentos psicotrópicos, encaminhamento ao profissional da saúde mental e atendimento conjunto entre profissionais
Em consultas, busco, além da medicação, ofertar alternativas que sejam viáveis para os pacientes, como meditação guiada pelo YouTube, procura de serviços de terapia gratuitos ou com preço social ofertados pelas universidades, técnicas de controle e atenção plena na respiração (Participante 14D, Médico)	práticas integrativas e complementares (PICS), articulação com outros serviços, orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde mental, ações de cuidado relacionados à redução de danos e à crise em saúde mental, e ações de prevenção e promoção de saúde mental
Eu presenciei uma senhora que chorava muito aguardando atendimento do clínico, e aí ofereci água e me sentei perto dela. Aos poucos ela foi desabafando e o choro foi amenizando (Participante 16D, Auxiliar/Técnico de Enfermagem)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, ações de atenção à crise em saúde mental e ações de prevenção e promoção em saúde mental

É importante situar que os profissionais do modelo assistencial de atenção básica do município são, em sua maioria, concursados, enquanto os profissionais do modelo assistencial de estratégia de saúde da família são, em sua maioria, terceirizados, com contratos de seis meses a um ano. Isso dificultou o acesso, na segunda etapa da pesquisa, para entrevistar um profissional da ESF que tenha participado da etapa anterior (formulário).

Dito isso, alguns autores também apontam que a forma de contratação dos profissionais é um grande desafio, dada à sua rotatividade e à questão da continuidade da produção de cuidado. Contudo, essa é uma realidade nacional, uma vez que a ampliação da cobertura da assistência à saúde coincidiu com o período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas na área pública no Brasil, o que acarretou o aumento da terceirização na contratação de mão-de-obra no SUS, trazendo impactos profundos nesse cuidado.¹⁹

Posteriormente, nas entrevistas individuais com os três participantes selecionados, os entrevistados reconhecem a saúde mental como um processo complexo e que deve ser abordado de maneira integral, envolvendo tanto aspectos biológicos quanto psicológico e social. Todavia, há uma clara valorização da consulta individual como a principal forma de cuidado, com poucas menções ao potencial dos atendimentos grupais, que são considerados secundários, como descrito pelo seguinte relato:

“A gente vê muita gente adoecendo por outras questões que às vezes não só a familiar, de relacionamento, mas muito de falta de emprego, de falta de grana... [Saúde mental é] um bom acolhimento, é a pessoa se sentir bem. Qualquer profissional que esteja ali para servir dentro de um serviço de saúde pode ter esse olhar diferenciado, mas quem sou eu na fila do pão? [...] Eu não tenho CRM, eu não tenho certas condições, entendeu? Tem coisa que só o médico e o psicólogo. A parte que eu posso fazer, eu faço.” (Participante 5C, Gerente)

Apesar de compreenderem a saúde mental como algo que transcende a dimensão biológica, os profissionais parecem continuar operando dentro de um modelo curativo e individualista, com forte centralidade no saber especializado. Esse modelo contrasta com a proposta da clínica ampliada, que defende um cuidado mais coletivo, interdisciplinar e integrador.

A organização da APS ainda privilegia o atendimento individualizado, e a necessidade de mais vagas para atendimento especializado, como o de psicólogos, é constantemente mencionada. Contudo, essa abordagem não tem se mostrado eficaz para atender adequadamente às demandas de saúde mental na comunidade.^{15,16}

Outro ponto relevante é a dificuldade de integração entre os profissionais da atenção primária e os do apoio matricial, como psiquiatras e psicólogos. Embora a colaboração entre médicos e outros membros da equipe da APS seja observada em algumas unidades, parece que o cuidado em saúde mental ainda é visto, por muitos, como responsabilidade exclusiva dos especialistas, conforme os relatos abaixo:

Participante 18A, Médico: *Eu acho que no SUS ninguém trabalha sozinho [...] vamos dar o exemplo da assistente social, ela vem falar para mim “Doutora, esse caso é grave. Lembra que eu conheço a família? Já visitei a casa...” olha só, ela sabe realmente o que acontece. Ai [o paciente] passou comigo uma, duas, três vezes. Eu também já sei o que acontece [...] então, isso não é médico, isso é equipe. E às vezes até o cara do balcão pode ser treinado para isso, né?*

Participante 5C, Gerente: *Se você vê que tem uma situação estranha, a gente passa para o Serviço Social [da Secretaria da Saúde], CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social] ... A gente faz contato e tem toda uma equipe que nos ajuda [...] aqui minha sala é um CVV [Centro de Valorização da Vida], eu chamo o pessoal, vejo que não tá bem, a gente conversa, ofereço abraço, ofereço água, eu ofereço o que eu posso, um sorriso, me coloco à disposição..., mas não é só isso, né? Precisa de mais psicólogos [...]*

A estrutura do apoio matricial, que deveria ser um espaço de construção coletiva de saberes e discussão de casos, ainda não se efetiva de maneira satisfatória. Existe uma falta de cogestão e de um trabalho conjunto entre as equipes, o que dificulta o compartilhamento de responsabilidades e a criação de estratégias mais eficazes de cuidado. A escassez de espaços institucionais para discussões interdisciplinares também contribui para a perpetuação de uma prática fragmentada e focada em resultados pontuais, como a consulta individual, em vez de um acompanhamento contínuo e integrado. A transformação desse modelo requer esforços contínuos de educação (formação e capacitação), revisão de práticas e construção de novas formas de colaboração entre os profissionais de saúde, principalmente em relação às práticas de cuidado relacionadas às tecnologias leves^{15,18,20}

Desafios do Cotidiano

Além dos desafios já discutidos, também foram destacados pelos profissionais a interrupção do cuidado devido a mudanças de gestão, a pouca presença da gestão nos cuidados de saúde mental e a baixa remuneração.

A respeito da gestão, também são citados pelos profissionais a dificuldade de compreensão do processo de cuidado por parte dos gestores, os desafios com a cobrança por produtividade e a dificuldade de instituir espaços compartilhados para discussão em equipe, conforme os relatos a seguir:

Participante 5C, Gerente: *São dezesseis pacientes por dia. [O psiquiatra] atende de 30 em 30 minutos e ainda vem dias extras quando peço. Agora no psicólogo, que eu preciso mais, eu não tenho. Era três vezes por semana, caiu para duas. Ele atende de hora em hora, entendeu? Aí tem que contar com as faltas, porque, normalmente, paciente, a gente sabe que sempre tem falta, de cinco consultas que atenderia no dia, atende duas, três, não sei, entendeu? Às vezes eu faço até um overbooking, sabe? Ponho mais ali porque a gente sabe que vai faltar. Então sempre dá certinho.*

Identificamos nesse relato também a sobrecarga de trabalho e as demandas de produção que dificultam a dedicação a essas práticas coletivas e qualificadas. De acordo com alguns autores, as pesquisas também apontam que essa falta de acolhimento a esses profissionais para as necessidades de sua prática acaba lhes provocando *burnout*.¹⁵ Esse cenário cria uma “bola de neve”, dificultando a implementação de ações eficazes no nível local, com consequências diretas na qualidade do cuidado oferecido à população.

Considerações finais

Os resultados desse estudo indicam que, embora os profissionais reconheçam a importância da saúde mental na APS, existem desafios para sua operacionalização. Contudo, a pesquisa sistematizou ações sensíveis à saúde mental, baseadas na literatura e na experiência da equipe de pesquisa, que pode ajudar outras localidades na implementação prática.

Por fim, os autores apontam a necessidade de novas pesquisas, especialmente em formato de ação/intervenção, para indicar caminhos para a incorporação da saúde mental na APS. Além disso, acredita-se que a pesquisa pode gerar conteúdo bibliográfico para o desenvolvimento de cursos de formação profissional, contribuindo para processos de formação, gestão e manejos do cuidado, visando superar a lógica manicomial, por meio de um trabalho engajado, compartilhado, em equipe, intersetorial e comunitário.

Referências

1. Kantorski LP et al. Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. *J. nurs. health*, 2021;11(2):e21112120766.
2. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):2067-2074.
3. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 1999;4(2):393-403.
4. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLC. Matriciamento em saúde mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*. 2021; 26(6):2311-2322.
5. Silva et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Rev. Cuid*. 2019; 10(1): e617.
6. Alvarez APE, Vieira ACDA, Fayllane A. Núcleo de apoio à saúde da família e os desafios para saúde mental na atenção básica. *Physis (Rio J.)* 2019; 29(4): e290405.
7. Silva LKP et al. Projeto terapêutico singular no cuidado interprofissional em saúde mental na atenção primária: relato de experiência. *Research, Society and Development*. 2020;9(12): e33191211025.
8. Lamb PP. et al. Práticas de saúde mental na atenção primária à saúde: percepções de trabalhadores. *Research, Society and Development*. 2021;10(2): e45210212674.
9. Sterling RAM, Gonçalves LF, Hass P. Atenção à saúde mental na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*. 2021;10(3): e43210313394.
10. Minayo MCS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ed. Ludomedia; 2019.
11. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In Merhy, EE et al. *Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas da população residente com data de referência 1º de Julho de 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
13. Garcia MRV. A Mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Psicologia Política*. 2012; 12(23): 105-120.
14. Moro LM. Apoio matricial e concepções sobre saúde mental a partir da perspectiva de profissionais da atenção básica [dissertação]. Rio Grande do Sul: Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2017.
15. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária a saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(2):371-382.
16. Santos RC, Bosi MLM. Saúde mental na atenção básica: perspectivas de profissionais da estratégia saúde da família no nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2021, 26(5):1739-1748.
17. Curado TRF, Bastos ENE. O olhar dos cirurgiões dentistas da estratégia saúde da família para a saúde mental dos usuários. *Cadernos ESP (Ceará)*. 2011; 5(1): 44-53.
18. Cardoso LCB, et al. Assistência em saúde mental na atenção primária: perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2022; 75(Suppl 3):e20190326
19. Campos RO et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;16(12):4643-4652.
20. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad saúde pública (Rio J.)*. 2007;23(2):399-407.

ARTIGO

Papo Cabeça – Grupo de Apoio Psicossocial a Adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil

Deep Talk – Psychosocial Support Group for Adolescents at a Child Psychosocial Care Center

Helena Moraes Cortes^I, Edcarlos Marques de Lima^{II}, Gláucia Bohusch^{III}, Gabriela Daniel da Costa^{IV}

Resumo

Este artigo explorou a importância do grupo de apoio psicossocial voltado para jovens e adolescentes no contexto do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Com base na abordagem do grupo operativo, buscou-se compreender como essa estratégia terapêutica pode promover o desenvolvimento emocional, social e psicológico dessas pessoas em situação de vulnerabilidade. O grupo operativo é um modelo teórico-prático que enfatiza a participação ativa dos membros na construção do conhecimento e na transformação pessoal e coletiva. Nesse sentido, o artigo relatou e problematizou a experiência da realização de um grupo operativo no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial infantil numa capital do sul do País, como uma ferramenta para estimular a autonomia, o fortalecimento da identidade e a promoção da saúde mental entre jovens e adolescentes em sofrimento psíquico podendo ser replicada noutros espaços.

Palavras-chave: Saúde mental. Psicoterapia de grupo. Saúde do adolescente.

Abstract

This article explores the importance of psychosocial support group aimed at young people and adolescents in the context of the Child Psychosocial Care Center. Based on the operational group approach, we seek to understand how this therapeutic strategy can promote the emotional, social and psychological development of vulnerable individuals. The operative group is a theoretical-practical model that emphasizes the active participation of members in the construction of knowledge and personal and collective transformation. In this context, the article discusses the importance of the operative group as an effective tool to stimulate autonomy, strengthen identity and promote mental health among young people and adolescents.

Keywords: Mental health; Group psychotherapy; Adolescent health.

Introdução

Além das mudanças e evoluções que ocorrem em termos biológicos, físicos, cognitivos e emocionais, a adolescência é também entendida como uma construção social¹. Assim, as transformações desse período

^I Helena Moraes Cortes (helenamoraescortes@gmail.com) é doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP). Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Líder do MentalTrans - Laboratório de Pesquisas, Tecnologias e Inovação em Enfermagem Psiquiátrica, Atenção Psicossocial e Transgeridades da UFSC/CNPq.

^{II} Edcarlos Marques de Lima (edymlima31@gmail.com) é aluno do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

^{III} Gláucia Bohusch (gluciabohusch@gmail.com) é enfermeira do Colégio de Aplicação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

^{IV} Gabriela Daniel da Costa (gabriela.daniel@ufsc.br) é enfermeira do Colégio de Aplicação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

afetam não apenas o comportamento e o pensamento dos jovens, mas também sua posição e papel nos grupos e ambientes em que estão inseridos². Dessa forma, diversos fatores podem influenciar a saúde dos adolescentes até a vida adulta, incluindo comportamentos de risco como o uso de substâncias psicoativas, exposição à violência e à negligência, dificuldades de acesso à educação e serviços de saúde, pobreza, entre outros³. Tais condições tornam os adolescentes mais vulneráveis em termos psicológicos, biológicos e sociais, exigindo uma abordagem mais abrangente e sensível à saúde dessa faixa etária.

A Política de Saúde da Criança e do Adolescente e a Política de Saúde Mental até os anos 1990 não apresentavam grandes pontos de convergência, caminhando ambas de forma independente⁴. Já no início do século XXI, houve dois marcos importantes no contexto da saúde mental comunitária, por meio da estruturação da Lei nº 10.216, a qual ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, assim como a 3ª Conferência de Saúde Mental, realizada em 2001. Tal marco histórico legal mencionou essa interlocução da saúde mental de crianças e adolescentes, bem como sobre os processos terapêuticos centralizados na especificidade dos sujeitos, e não no diagnóstico clínico ou qualquer outra forma de classificação⁵.

Sabe-se que os quadros de sofrimento psíquico em crianças são mais delicados, pois elas estão aprendendo a significação das emoções, como lidar e como expressar os seus sentimentos⁶. É comum, durante essa faixa etária, que o indivíduo não consiga lidar com os sentimentos desagradáveis que surgem durante determinadas situações do cotidiano. Nesse cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) infantojuvenis assumem primazia na centralidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, postos os desafios de se trabalhar em intersetorialidade, com a escola e com a família numa perspectiva de garantir um ambiente protegido para o desenvolvimento das crianças e adolescentes que sofrem mentalmente⁵.

Para além das especificidades do desenvolvimento humano infantojuvenil, as expressões de gênero e sexualidade ainda são tabus nas escolas, nas famílias e nos serviços de saúde. A carência de letramento dos profissionais da saúde em temas relativos à diversidade e educação pode dificultar uma abordagem acolhedora e respeitosa das dimensões de gênero e sexualidade, podendo favorecer episódios de *bullying*, violências e sofrimento psíquico nas crianças e adolescentes. Além da necessidade de dialogar nas escolas e nos serviços de saúde sobre as necessidades da população LGBTQIA+, como também sobre as questões de gênero e sexualidade dessa faixa etária com a intenção de diminuir os preconceitos e, por consequência, as violências⁷.

É importante destacar que a conscientização sobre as diversidades não deve ser realizada somente com a rede da criança e do adolescente em acompanhamento, mas também com os profissionais dos serviços que as acompanham. Crianças e adolescentes encontram-se em desenvolvimento e com desconfortos inerentes à fase da vida, por isso se faz tão importante a criação de espaços protegidos e livres de preconceitos⁸.

Nesse contexto político, social e sanitário envolvendo as necessidades de cuidado em saúde mental, direcionado a jovens e adolescentes, idealizou-se o Projeto de Extensão Grupo Papo Cabeça. O objetivo do Projeto Papo Cabeça foi implementar um grupo operativo direcionado a jovens e adolescentes em sofrimento psíquico usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantil numa capital do sul do País. A técnica de grupo operativo foi sistematizada por Pichon-Rivière e consiste em um trabalho coletivo, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos⁹. Aprender em grupo significa (des)construir uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações.

Vivenciando o Grupo Papo Cabeça

No período de maio de 2022 a junho de 2023, foram realizadas 42 sessões grupais presenciais, com aproximadamente uma hora de duração cada, nas dependências do CAPSi (por vezes em uma sala com pufes

dispostos de forma circular e, outras vezes, numa sala denominada de Oficinas Terapêuticas). Durante a realização do grupo, participaram 23 integrantes ao todo, sendo em média três participantes por sessão. Participaram do grupo três acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública federal, em momentos distintos do período de realização do grupo, considerando que apenas um desses acadêmicos contou com bolsa de atividade de extensão.

Os alunos extensionistas facilitaram o grupo com a supervisão clínico-pedagógica da professora coordenadora do projeto. As supervisões dos grupos ocorriam em reuniões nas dependências da universidade, com duração média de cerca de noventa minutos, além de trinta minutos para o estudo teórico da obra de Rogers¹⁰.

Em relação à caracterização das identidades de gênero dos participantes do Grupo Papo Cabeça, participaram ao todo uma menina transgênero, um menino transgênero, onze meninos cisgênero e nove meninas cisgênero. A faixa etária dos participantes variou de 14 a 17 anos.

Metodologia

O caminho percorrido será apresentado por meio da categoria temática denominada “Vivenciando o Papo Cabeça”. Essa categoria foi eleita com a perspectiva de descrever a trajetória teórico-metodológica do Grupo Papo Cabeça no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil numa capital no sul do País.

Resultados e Discussão

O Grupo Papo Cabeça funcionou na perspectiva de grupo operativo, no qual seus integrantes passaram a assumir papéis e operar as tarefas, tendo a aprendizagem com foco no processo terapêutico¹¹. Em cada sessão grupal, os facilitadores estavam presentes para mediar a comunicação entre os participantes, e tinham, como aporte metodológico, algumas técnicas para que não houvesse foco apenas em um indivíduo, mas para que todos os componentes pudessem partilhar opiniões sobre determinada situação⁹.

A tarefa trabalhada em cada grupo operativo referia-se a um sentimento e/ou temática que era acordada pelos participantes no início do grupo ou era previamente pactuada, na sessão grupal anterior. O grupo possuía regras definidas e aprovadas pelos participantes, bem como o local, o horário e os temas a serem discutidos em cada semana. Existia um acordo grupal de seguir o que foi estabelecido anteriormente, mas com possibilidade de alteração no início da sessão, mediante a aprovação consensual do grupo.

O quadro 1 - síntese das sessões grupais, resume os temas que mais se destacaram em cada sessão grupal, com foco nos sentimentos e/ou na temática previamente escolhida, bem como a repercussão e desdobramentos dos sentimentos que emergiram em cada sessão grupal.

Diante dessas temáticas, foram realizadas sessões grupais, nas quais os adolescentes se encontravam nas dependências do CAPSi para falar livremente sobre os seus sentimentos, de forma segura e sem censura. Observou-se que, com o desenvolvimento das sessões, o grupo por si só estava inteiramente integrado ao processo terapêutico, e os participantes tinham autonomia para decidir a temática de cada sessão.

Durante os encontros, alguns adolescentes apresentavam uma tendência de trazer para o grupo concepções pessoais acerca dos temas propostos, o que tende a provocar uma reação de silêncio, confusão ou embaraço entre os outros membros do grupo, sendo, o mais importante, ressaltar que não há certo ou errado, que são apenas opiniões divergentes e que, em algum momento, podem ser complementares, inclusive, e assim foi trabalhado em cada sessão grupal. O papel do facilitador é direcionar esses momentos para que o grupo entre em sintonia novamente e todos se mantenham integrados¹⁰.

A partir dos temas e repercussões apresentados no quadro 1, observou-se em cada sessão grupal, o conceito de verticalidade proposto por Pichon-Rivière, na perspectiva em que cada integrante do grupo compartilhou sua história pessoal no formato de narrativas, e, diretamente, pode influenciar e ser influenciado no processo grupal no qual estava inserido⁹.

A abordagem do Grupo Papo Cabeça permitiu trabalhar uma gama de temas contemporâneos que necessariamente repercutiam na saúde mental dos participantes. Durante as sessões, ocorreram atividades diversas e foram observados quais sentimentos emergiram em cada técnica proposta, como, por exemplo, técnica projetiva com desenho representativo sobre sentimentos, música relaxante com exercícios de respiração e discussão sobre diversos sentimentos (tristeza, amor, paixão, raiva, insatisfação, projetos de vida, preconceito, *bullying* na escola, relações familiares, frustrações, rejeições e desejos de conquistas profissionais).

Uma das estratégias utilizadas no Grupo Papo Cabeça foi a técnica projetiva com desenho representativo sobre sentimentos, que é um recurso no qual o usuário, usando seu lápis, vai colocar e expressar a forma como ele se compreende no mundo. O autor enfatiza que os aspectos expressivos do desenhar traduzem as atitudes básicas do indivíduo em relação a si mesmo e ao ambiente, assim como a forma como lida com seus impulsos¹². Os participantes, durante esse encontro, expressaram, por meio de seus desenhos, o sentimento de medo da solidão ou de perder alguém de quem se gosta. A partir dos desenhos e da discussão, os participantes, com mediação dos facilitadores, relacionam o sentimento de medo aos modos como os contatos pessoais ocorrem nas redes sociais, bem como os preconceitos em relação à orientação sexual e à identidade de gênero.

Outra prática empregada foi a de atividades com uso de música relaxante e com exercícios de respiração. Nesses encontros, emergiram falas expressando sentimentos relacionados ao comportamento suicida e à desmotivação, criou-se um espaço seguro para externalizar emoções como choro, raiva, tristeza e alegria, no qual a livre expressão dos sentimentos foi possível. O ambiente acolhedor e seguro, mediado pelos facilitadores, foi ressaltado pelos adolescentes quando eles referiram um sentimento de acolhimento e, por consequência, de diminuição da agitação, proporcionando notável bem-estar.

Foi trabalhado também, nesse mesmo encontro, a importância da não cessação do uso de medicação psicotrópica sem orientação profissional e a valorização do CAPSi como um potente aliado no enfrentamento das dificuldades cotidianas, reafirmando, desse modo, a assistência integral à saúde, sendo objetivos que se mantêm presentes nos princípios norteadores das políticas públicas brasileiras, especialmente a partir da Reforma Psiquiátrica¹³.

Um dos temas que mais chamou a atenção nas sessões grupais foi quando se trabalhou a leitura de um capítulo do livro “As Aventuras de Alice no País das Maravilhas”¹⁴. Nessa leitura com os presentes, emergiu a discussão sobre realidade e imaginação, delírios e mundos paralelos, permitindo que cada participante pudesse se sentir confortável para trazer à discussão a sua história pessoal narrada sem censura, sem que o exposto fosse discutido pelo viés sintomatológico da psiquiatria tradicional. Durante essa atividade, foi possível observar a experiência dos participantes num paradigma que não prevê a cura do sofrimento humano e nem a ausência de sintomas, mas sim que o sujeito tenha uma vida melhor de acordo com a sua condição psíquica. Diante disso, o Grupo Papo Cabeça se constituiu como mais um espaço de estabelecimento de vínculos no CAPSi.

No campo da atenção psicossocial, essa abordagem, que valoriza a expressão pessoal e a discussão aberta dos temas, como a distinção ou a convergência entre realidade e imaginação, se mostram fundamentais no cuidado da saúde mental infantojuvenil. Ao incentivar os participantes a compartilharem suas histórias sem medo de censura, criou-se um ambiente seguro e acolhedor, onde todos puderam explorar e confrontar questões complexas que fazem parte da vida das pessoas¹⁵.

A cada semana, os jovens compartilhavam seus sentimentos e emoções experimentados em seus cotidianos. Essa abordagem pode oferecer uma oportunidade valiosa para os terapeutas entenderem a perspectiva dos usuários e, ao mesmo tempo, auxiliarem na construção de um espaço terapêutico onde a imaginação e a realidade possam coexistir de maneira saudável num mundo possível¹⁶.

Como nas páginas de um livro, cada sessão parece ter reverberado nas complexas narrativas do cotidiano dos jovens, em que as reações à medicação, as experiências na escola e a construção de amizades foram capítulos interligados. Nesse contexto, os participantes compartilharam seus relatos com uma intensidade emocional que transcendeu as verbalizações, formando, assim, a base de uma rede de apoio solidária¹⁷.

No espaço do grupo, a arte encontrou sua voz e os desenhos representativos sobre sentimentos tornaram-se uma paleta de emoções. O retrato e o desenho são a fonte de identidade e a ligação pessoal e social que cada um tem. A escolha pelo logotipo do grupo foi uma oportunidade para expressar essa identidade do coletivo, trazendo cores, traços e pensamentos, às vezes abstratos em uma expressão visual, outrora traços imitando a vida real¹⁸.

Dando sequência aos encontros, em alguns momentos os participantes compartilharam seus sonhos, esperanças e medos sobre relacionamentos e conexões interpessoais. Reforça-se, ainda, a importância das relações sociais como indicadoras de níveis mais elevados de saúde física e mental, e, por meio dessas trocas nas sessões grupais, os participantes encontraram inspiração mútua, com cumplicidade e apoio, que os uniam em uma narrativa compartilhada de amizade e pertencimento¹⁹.

Um dos temas explorados nas sessões foi a disforia e a experiência da transição de gênero. Sob a ótica dos participantes, essa jornada foi uma história de coragem, autenticidade e autodescoberta. As discussões iam além da sala do grupo, problematizando uma sociedade que muitas vezes resiste à diversidade de gênero, estigmatiza e possui uma concepção higienista dos corpos trans²⁰. Os encontros proporcionaram espaço de reflexão do modo de organização da sociedade e como essas concepções estigmatizantes e higienistas como, por exemplo, o movimento antigênero global, contrário à discussão de tais temáticas em escolas, bem como contrário à implementação de políticas públicas com perspectiva de gênero ou voltadas para a população LGBTQIAPN+, o que afeta diretamente a saúde e o cotidiano dos integrantes do grupo.

Acreditamos que os serviços de saúde, as escolas e os demais equipamentos estatais que compõem a rede de proteção de crianças e adolescentes são espaços de disputas pela legitimação das diversas formas de expressão de gênero. Do mesmo modo, acreditamos ser necessário envolver os profissionais da saúde, educação e assistência social nas discussões sobre as questões de gênero e sexualidade, pois essas atravessam as práticas profissionais e afetam a saúde desses grupos.

Nos parece imprescindível o investimento na formação dos profissionais de saúde e dos professores, seja na graduação, seja em uma formação continuada, para que haja uma instrumentalização e se amplie os horizontes para uma prática crítica com foco nesse debate da diversidade de gênero. Uma pesquisa revelou que muitos docentes se sentem despreparados, sem saber ao certo como abordar questões trazidas pelos estudantes, ou ainda são fortemente atravessados por uma visão e práticas heteronormativas que dificultam ou impedem uma intervenção qualificada²¹.

Nesse contexto, durante as oficinas foi possível explorar, por meio dos contos de Halloween, transitando entre a realidade e a ficção, a magia da imaginação para as discussões, oportunizando que os participantes fizessem um autoexame de suas próprias vidas, ecoando percepções e crenças profundamente enraizadas, o que permitiu uma observação sobre as histórias que contamos a nós mesmos e como essas histórias moldam nossa visão de mundo.

Esse encontro nos fez lembrar da autora africana Chimamanda Ngozi Adichie, que, no seu clássico livro, intitulado “O perigo de uma história única”, ilustra o quão impressionáveis e vulneráveis somos diante de uma

história, particularmente durante a infância²². Nesse livro, a autora narra a sua história enquanto mulher negra africana e os preconceitos que sofreu ao ir para aos Estados Unidos, tendo em vista a imagem estereotipada que os estadunidenses tinham de uma africana.

Reflete-se como as histórias que nos são contadas influenciam a formação da subjetividade humana, e como os sujeitos tendem a reproduzi-las, a partir dos discursos hegemônicos e estigmatizantes, provocando exclusões e, por vezes, sofrimento psíquico. A expressão de desejos revela-se como uma narrativa de autodeterminação, subjetividades e novas formas de existência, articulando arte e saúde mental e enfatizando implicações dessa relação no processo de transformação social de pessoas com sofrimento psíquico¹⁵.

Por meio desse poder de decisão, falar sobre medicações, sexualidade e uso de substâncias psicoativas foi desafiador e exigiu uma fala madura, na qual foram abordadas, de maneira aberta e honesta, histórias de lutas e preconceito, dificuldades financeiras, rejeição e violência intrafamiliar, e o foco estava no compromisso de criar um ambiente de apoio moldado a partir de uma narrativa de esperança, resiliência e transformação²³.

A partir de cada fala, os participantes criaram empoderamento e mostraram suas aspirações pessoais, ambições profissionais e metas futuras, assumindo o papel de autores de suas próprias vidas e mostrando capacidade de decidir o curso de suas narrativas pessoais.

Quadro 1 – Síntese das sessões grupais

Temas mais abordados nos encontros	Repercussões nos participantes e quais sentimentos emergiram sobre os temas abordados
Meditação e reflexão guiada com a evocação do sentimento de paz.	Sentimento de estar em um ambiente sem censura.
Leitura de um capítulo do livro Alice no País das Maravilhas.	Discussão sobre realidade versus imaginação, delírios e mundos paralelos. Discussão sobre sonhos e projetos de vida e os desafios cotidianos. Discussão de temas como realidade, fantasia e resolução de conflitos.
Jogo de cartas "puxa-conversa".	Estimulado o fortalecimento e o entrosamento do grupo como oportunidade para demonstrar as emoções.
Jogo lúdico de cartas com mensagens.	Objetivou trazer mais liberdade para falar sobre assuntos que deixavam o grupo à vontade. Teve como questão disparadora: "como aumentar a autoestima e o amor próprio?"
Cotidiano (reações à medicação, vivências na escola, amizades, relações).	O grupo ajudou a relativizar e mostrar estratégias de como manter bons vínculos seja na escola, na família ou no círculo social envolvendo pessoas de seu cotidiano e como fazer novas amizades. Problematizou-se as orientações e possibilidades para o atendimento com o seu técnico de referência e, o manejo medicamentoso sob prescrição médica.
Compartilhamento dos sentimentos que foram experimentados na última semana, anterior a esta sessão.	Momento para autorreflexão sobre suas ações e reflexão sobre autoaceitação.
Música relaxante com exercícios de respiração.	Emergiram sentimentos de desmotivação e frases relacionadas ao comportamento suicida.
Discussão sobre o sentimento de tristeza.	Valorização e importância de não cessação do uso de medicação sem orientação profissional. Valorização do CAPSi como um potente aliado no enfrentamento das dificuldades cotidianas.
Conversa sobre o sentimento de paixão e cada participante correlacionar com o seu cotidiano.	Estranhamento do sentimento experienciado. Resistência em assumir o sentimento de saudade. Assumir a intensidade das suas paixões.

Temas mais abordados nos encontros	Repercussões nos participantes e quais sentimentos emergiram sobre os temas abordados
Desenho representativo sobre sentimentos em que representa o grupo.	Surgiu o sentimento de medo de ficar sozinho e perder alguém que gosta. Discussão sobre relacionamentos virtuais, transgeneridade e orientação sexual.
Apresentado o logotipo do Grupo Papo Cabeça e um vídeo representativo sobre o grupo. Sessão com tema livre.	Logotipo escolhido pelo grupo: desenho representando duas cabeças conversando entre si. Discussão sobre vulnerabilidades e dificuldades para manter relacionamentos afetivos e amizades estáveis.
Prática de respiração e conversa sobre possibilidades de afeto na vida.	Discussão sobre possibilidades de afeto na vida.
Disforia e sentimentos atrelados à transição.	Discussão sobre as possibilidades e estratégias para lidar com os desconfortos (biológicos, sociais e familiares) durante a transição de gênero. Compartilhamento de sentimentos que surgem durante o processo de transição de gênero.
Contos de <i>Halloween</i>	Desejos relacionados ao comportamento canibal. Discussão sobre imaginação e realidade. Discussão sobre preferências nas diferentes gerações. Percepção de quando se sente dificuldade de amor-próprio.
Possibilidade de cuidar da Terra e uma discussão sobre realidade <i>versus</i> ficção.	Leitura de uma notícia sobre a possibilidade de cuidar da Terra e discutido os limites que impõe a cada ser humano em fazer sua parte num mundo que precisa ser sustentável. Discussão sobre temas como realidade <i>versus</i> ficção, realidade <i>versus</i> crenças, religiosidade e afeto com os animais.
Desejos	Desejo em atuar nas diferentes profissões para cuidar de outras pessoas. Desejo em ter conquistas materiais e ter relacionamentos afetivos estáveis.
Medicações	Massacres nas escolas e neonazismo. Discutiu-se possíveis “medicações sociais” para o enfrentamento da intolerância e da violência.
Sexualidade	Orientações sexuais diversas e práticas sexuais. Narcisismo. Rejeição na infância. Frustrações.
Drogas	Oportunidade para troca de experiências. Sentimento de segurança no grupo para dialogar sobre o desejo ou uso de drogas lícitas e ilícitas. Estratégias para enfrentar os problemas do cotidiano, como ter rede de apoio familiar, fazer parte do grupo, ter amizades e frequentar um templo religioso.

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Considerações Finais

Esta experiência contribuiu para o processo formativo dos envolvidos no projeto de extensão ao vivenciarem narrativas grupais implicadas com a saúde mental de jovens e adolescentes no CAPS infantil encravado no território de uma capital do sul do Brasil. Foi ainda possível identificar o quanto é fundamental evitar a centralização do cuidado apenas no diagnóstico clínico, buscando uma abordagem ampla, que permita entender o sujeito como protagonista de seu processo de cuidado, com autonomia para expressar seus desejos e incômodos com os recursos terapêuticos que lhe serão oferecidos nesse caminhar da vida.

Além disso, foi imprescindível abordar questões relacionadas à expressão de gênero e sexualidades para os adolescentes, temas que ainda são tabus em muitas instituições, como escolas, famílias e serviços de saúde. Chamamos a atenção para que a temática da diversidade, no contexto dos serviços de saúde mental territoriais, precisa ser tratada na perspectiva de produção de vida dos sujeitos, e não o inverso disso, a exemplo de como trabalhamos essas questões no Grupo Papo Cabeça. A falta de compreensão e educação nessas dimensões pode levar a episódios de *bullying* e agravar o sofrimento psíquico dos jovens. Entende-se que é crucial promover conscientização sobre a diversidade, tanto entre a população em geral quanto entre os profissionais de saúde.

Diante do contexto político, social e sanitário imposto pela covid-19, o projeto de extensão Papo Cabeça se inseriu como uma iniciativa voltada ao cuidado em saúde mental direcionado a jovens e adolescentes em sofrimento psíquico. Ao implementar um grupo operativo, o projeto proporcionou um espaço seguro e acolhedor para que os participantes pudessem compartilhar seus sentimentos e suas emoções. Assim, o papel dos facilitadores foi essencial para manter a comunicação e a integração do grupo, direcionando os momentos de resistência e promovendo um ambiente de respeito e reflexão.

Os resultados reforçam a importância de políticas e ações voltadas para a saúde mental infantojuvenil, em que sintomas de adoecimento psíquico podem ser percebidos, e intervenções podem ser implementadas. O Grupo Papo Cabeça demonstrou ser uma estratégia interessante para promover o apoio mútuo, a socialização e o desenvolvimento de habilidades emocionais entre os jovens participantes.

Grupos de extensão, como o Papo Cabeça, estreitam laços entre universidade, serviços de saúde e comunidade, proporcionando processos formativos e aumentando a oferta de cuidados qualificados para as pessoas em sofrimento psíquico.

No entanto, é importante reconhecer que os projetos de extensão, muitas vezes, enfrentam desafios burocráticos e administrativos no âmbito dos serviços que compõem a rede. A burocracia pode atrasar a implementação de projetos, afetar a obtenção de recursos financeiros, dificultar a articulação com outras instituições e, o mais importante, afetar a não oferta do cuidado às pessoas que são o público-alvo dessas intervenções.

Assim, é necessário que haja um esforço coletivo para melhor entendimento dos processos de que compõem a tríade universidade-serviço-comunidade, e garantir a efetivação desses projetos, uma vez que podem beneficiar a comunidade na promoção da saúde mental e melhoria da qualidade de vida.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro recebido da Pró-Reitoria de Extensão – PROEX/UFSC.

Referência

1. Papalia ED, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 13. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
2. Gonçalves LFF, et al. Promoção de saúde com adolescentes em ambiente escolar: relato de experiência. SANARE Rev Políticas Públicas. 2017;15(2).
3. Araújo LN, et al. Viver saúde: promoção da qualidade de vida de adolescentes vulneráveis em um projeto social. SANARE Rev Políticas Públicas. 2015;14(1).
4. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psicologia Clínica. 2015;27(1):17-40.

5. Fernandes ADSA, et al. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. *Cadernos Bras Terap Ocup.* 2022;30:e3102.
6. Cid MFB, et al. Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. *Pro-posições.* 2019;30:e20170093.
7. Assis SG, et al. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2023.
8. Takeiti BA, et al. O estado da arte sobre as juventudes, as vulnerabilidades e as violências: o que as pesquisas informam? *Saúde Soc.* 2020;29(3):e181118.
9. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
10. Rogers CR. Grupos de encontro. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
11. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica. São Paulo: Artmed; 2007.
12. Hammer EF. Aplicações clínicas dos desenhos projetivos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.
13. Andrade JMM, Farinha MG, Esperidião E. Mental Health Nursing: waiting room intervention in integral health care. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20180886.
14. Carroll L. As aventuras de Alice no país das maravilhas. [s.l.]: Clube de Autores; 2021.
15. Azevedo RB. Os Insênicos: uma experiência de teatro em saúde mental [tese]. Bahia: Universidade Federal da Bahia - UFBA; 2021.
16. Gil M. Grupos operativos com familiares de adolescentes e jovens com transtornos alimentares: o vínculo como possível potencializador de recursos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022.
17. Torrenté MON, Marques TP, Torrenté M. Solidariedade, militância e saúde mental em tempos de pandemia. *Interface Com Saúde Educ.* 2023;27:e220136.
18. Costa VP. Existir através do retrato: a arte de desenhar do exterior para o interior [tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2023.
19. Prado VLO. Ninguém é uma ilha: um estudo sobre Solidão, Qualidade de Vida e Coping em Jovens Brasileiros [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2022.
20. Pontes JC. Disforia e incongruência de gênero: notas sobre a gestão biomédica da (s) infância (s) e adolescência (s) trans. *Enfoques.* 2021;18(2):135–57.
21. Bonfin J, Mesquita MR. Nunca falaram disso na escola... um debate com jovens sobre gênero e diversidade. *Psicol. Soc.* 2020;32.
22. Adichie CN. O perigo de uma história única. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
23. Muszkat M, Muszkat S. Violência familiar. São Paulo: Blucher; 2021.

ARTIGO

Tecnologia da Informação e Participação do Trabalhador: Caminhos para superar a burocratização e qualificar os registros dos CAPS

Information Technology and Worker Participation: Ways to overcome bureaucracy and improve CAPS records

Manuela Lazarini Muriano^I, Jair Borges Barbosa Neto^{II}, Bernardino Geraldo Alves Souto^{III}, Gustavo Nunes de Oliveira^V, Marília Cristina Prado Louvison^V, Larissa Campagna Martini^{VI}

Resumo

Este artigo busca ampliar e qualificar a discussão entre trabalhadores e gestores municipais de saúde a partir dos registros de produção no DATASUS. O estudo constitui uma análise secundária de uma pesquisa-ação quali-quantitativa com 25 CAPS da RRAS 17 Taubaté (SP). A análise de produção por serviço, para o período de 2018 a 2021, foi encaminhada aos gestores e discutida posteriormente em grupos focais com os trabalhadores. Os resultados evidenciaram subnotificação para procedimentos de BPA- I e BPA- C, contrastando com os registros no RAAS, além de procedimentos que não condizem com a proposta de trabalho do CAPS. Os grupos focais revelaram particularidades institucionais e territoriais que podem impactar diretamente na fidedignidade dos dados, além de desafios estruturais na sistematização das informações. A análise apontou para processos de trabalho fragmentados, burocratização excessiva, ausência de monitoramento efetivo e carência de espaços coletivos para discussão dos registros de produção e educação permanente para o tema. Conclui-se que há necessidade premente de qualificação dos profissionais para realização dos registros e apropriação dos consolidados como instrumentos de gestão, além da interoperabilidade e desburocratização de sistemas para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial enquanto política pública.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial; Sistemas de Informação em Saúde; monitoramento em saúde.

Abstract

This article seeks to broaden and qualify the discussion between healthcare workers and municipal health managers based on production records in DATASUS. The study consists of a secondary analysis of a qualitative-quantitative action research conducted with 25 CAPS of RRAS 17 Taubaté (SP). The analysis of service

^I Manuela Lazarini Muriano (manuela.lazarini@gmail.com) é mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), atua na equipe de Planejamento e Avaliação do Departamento Regional de Saúde DRS XVII – Taubaté.

^{II} Jair Borges Barbosa Neto (jairbneto@ufscar.br) é professor Adjunto do Departamento de Medicina e docente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, ambos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

^{III} Bernardino Geraldo Alves Souto (bernardino@ufscar.br) é professor Titular do Departamento de Medicina e docente no Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, ambos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

^{IV} Gustavo Nunes de Oliveira (oliveiragn@ufscar.br) é professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

^V Marília Cristina Prado Louvison (mariliacpl@usp.br) é docente do Departamento de Política, Gestão e Saúde e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, ambos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

^{VI} Larissa Campagna Martini (larissacmb@ufscar.br) é professora adjunta do Departamento de Medicina e docente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, ambos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), e coordenadora da Coordenadoria de Articulação em Saúde Mental da UFSCar.

production for the period from 2018 to 2021 was forwarded to managers and later discussed in focus groups with the workers. The results revealed the underreporting of BPA-I and BPA-C procedures, contrasting with the records in RAAS, in addition to procedures that are inconsistent with the CAPS work proposal. The focus groups revealed institutional and territorial particularities that may directly impact on the reliability of the data, as well as structural challenges in the systematization of information. The analysis pointed to fragmented work processes, excessive bureaucratization, lack of effective monitoring, and absence of collective spaces for discussing production records and ongoing education on the subject. It is concluded that there is an urgent need to qualify professionals for record-keeping and for the appropriation of consolidated data as management tools, as well as for the interoperability and debureaucratization of systems to strengthen the Psychosocial Care Network as a public policy.

Keywords: Psychosocial Care Centers; Health Information Systems; health monitoring.

Introdução

Este estudo destaca os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como estratégicos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sem a intenção de contradizer o cuidado horizontal previsto pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A partir da sua concepção como serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, os CAPS promovem o cuidado em liberdade, com atenção territorializada e de portas abertas. Desde sua criação pela Portaria GM/MS nº 336/2002, os CAPS têm sido fundamentais na reorientação do modelo assistencial em saúde mental, destacando-se como ordenadores do cuidado e matriciadores da Rede¹.

O financiamento federal dos CAPS, inicialmente definido pela Portaria nº 189/2002 e posteriormente modificado pela Portaria GM/MS nº 3.089/2011, estabelece um valor fixo para custeio mensal. Para que esse financiamento ocorra regularmente, é necessária a alimentação contínua de dados específicos de produção, conforme definido pela Portaria GM/MS nº 854/2012², por meio dos sistemas de captação de dados do DATASUS.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é o principal sistema de coleta de dados do DATASUS para registro de produção dos CAPS, utilizando como instrumentos o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). A legislação vigente não define um quantitativo mínimo de procedimentos a serem apresentados mensalmente, apenas identifica o número máximo de usuários que podem ser acolhidos e uma equipe mínima necessária.

O Plano de Ações em Saúde Mental 2013-2030 da Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que o fortalecimento dos sistemas de informação é essencial para monitorar, estruturar políticas, basear ações em evidências e melhorar práticas. O mesmo órgão menciona a carência de estudos que ajudem a compreender as necessidades e subsidiem o planejamento de ações para populações em países em desenvolvimento, como o Brasil³.

Os Sistemas de Informação funcionam como ferramentas para coletar, processar, analisar e disseminar dados. Segundo Drumond Jr.⁴, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) acompanharam a implementação e descentralização do SUS, passando por importantes ajustes. O autor ressalta que a informação adequada é essencial para a análise dos determinantes de saúde e que o registro das atividades nos CAPS possibilita a geração de indicadores e o monitoramento dos serviços.

Nesse contexto, o presente estudo busca ampliar, qualificar e promover uma discussão a respeito da alimentação dos sistemas do DATASUS com trabalhadores dos CAPS, relacionando e analisando a produção apresentada pelos serviços que fazem parte do estudo, abordando os procedimentos da Portaria GM/MS nº 854/2012² no sentido de discutir suas limitações, propor melhorias e ações de monitoramento mais efetivas e concretas para a RAPS.

Método

Este estudo⁵ constitui uma análise secundária⁶ de uma pesquisa-ação quali-quantitativa, realizada com 25 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde em 17 municípios da RRAS 17 Taubaté, sendo: 11 CAPS I; 07 CAPS II; 03 CAPS IJ; 02 CAPS AD e 02 CAPS ADIII.

O estudo seguiu quatro etapas: 1) identificação dos CAPS habilitados na região a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) levantamento quantitativo da produção anual de cada CAPS participante do estudo, destacando os 20 procedimentos de competência dos CAPS elencados na Portaria GM/MS nº 854/2012², extraído dos consolidados do BPA-I, BPA-C e RAAS disponíveis no DATASUS, referente ao período de 2018 a 2021; 3) encaminhamento de relatórios aos gestores municipais, contendo as informações de produção anual por serviço; e 4) realização de grupos focais remotos com trabalhadores dos serviços.

Para análise, foram utilizados os dados quantitativos referentes aos registros de produção dos CAPS no Sistema de Informações Ambulatorial - SIA do DATASUS (BPA-I, BPA-C e RAAS) e os dados qualitativos provenientes dos grupos focais, realizados com 33 trabalhadores de 16 CAPS, representando 12 municípios da região estudada. O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com anuência de todos os municípios envolvidos (CAAE: 58096322.8.0000.5504). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para os dados quantitativos, foram conduzidas análises descritivas da produção anual apresentada pelos CAPS ao DATASUS no período estabelecido. Para a observação do material dos grupos focais, foi produzido um relatório de cada encontro, que foram analisados em conjunto por meio de Análise Temática⁷, que identificou três categorias temáticas: 1) A voz dos bastidores: desafios e percalços na visão dos trabalhadores dos CAPS, 2) Labirinto de papel e sistemas desconexos: o fardo burocrático nos CAPS 3) Dados Desconectados: Quando os Registros não Refletem a Realidade dos CAPS. Os relatos dos trabalhadores foram revisitados com este enfoque nas questões relacionadas à tecnologia da informação, participação do trabalhador e burocratização dos registros, buscando identificar as principais barreiras e potencialidades para o desenvolvimento de soluções e ações participativas.

Apresentação dos dados

Considerando os dados analisados, foram observadas discrepâncias importantes nos registros de CAPS, o que traz como desafio a necessidade de uma aproximação com os serviços e seus trabalhadores, para identificar as adversidades para a produção desses registros. Destacamos particularidades dos três grupos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que o registro no BPA-I se refere ao procedimento de avaliação inicial dos casos novos que chegaram ao CAPS (acolhimento); os dados do RAAS apresentam o percurso do usuário e seus familiares dentro do CAPS; o BPA-C diz respeito a ações coletivas e articulações com a Rede.

Considerando os sistemas BPA-I, BPA-C e RAAS, foram identificados 536.043 registros no SIA/DATASUS referentes à Portaria GM/MS nº 854/2012, e sobre a produção dos 25 CAPS habilitados nos municípios da RRAS 17 Taubaté, entre 2018 e 2021. Desses, 92% eram provenientes do RAAS, enquanto o BPA-I e o BPA-C representaram apenas 4%, respectivamente. O maior número de registros ocorreu em 2019 (173.281 – 32% do total), seguido por 2018 (27%), 2021 (23%) e 2020 (17%) (Quadro 01).

Todos os CAPS da RRAS 17 apresentaram queda nos registros de atendimentos entre 2019 e 2020, seguida de aumento em 2021, coincidindo com a pandemia de covid-19, quando os atendimentos em grupo foram suspensos, priorizando casos graves e persistentes, em conformidade com as orientações sanitárias.

O quantitativo de registros nos respectivos Sistemas de Captação de Dados variou significativamente ao longo dos anos. No BPA-I, observou-se um crescimento de 137,5% entre 2018 e 2021. No RAAS, houve queda a partir de 2019, enquanto no BPA-C houve queda em 2019 e 2020, com crescimento de 47% em 2021 em relação a 2018. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição do quantitativo anual de registros de produção ambulatorial - Portaria GM/MS nº 854/2012 nos CAPS da RRAS 17 do Estado de São Paulo, segundo sistema de captação de dados do DATASUS, de 2018 a 2021

ANO	Sistema de lançamento dos registros				% sobre o total de lançamentos
	BPA-I*	RAAS**	BPA-C***	TOTAL	
2018	3.146	137.814	5.628	146.588	27
2019	5.099	164.564	3.618	173.281	32
2020	5.229	84.776	2.650	92.655	17
2021	7.471	107.776	8.272	123.519	23
TOTAL	20.945	494.930	20.168	536.043	
% sobre o total de lançamentos	4	92	4		

Legenda: *BPA-I: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado; **RAAS: Registro das Ações Ambulatoriais de saúde; ***BPA-C: Boletim de Produção Ambulatorial consolidado.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial – DATASUS.

O registro de procedimentos, seguindo as normativas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 854/2012², propõe um espelhamento das diretrizes da política de saúde mental a partir do foco em ações multiprofissionais, não enfatizando especialidades nem categorias profissionais ou especialidades específicas. Não prevê hierarquia entre as ações, sendo complementares e de igual importância.

Embora a Nota Técnica nº 37/2016⁸ do Ministério da Saúde estabeleça que, para fins de monitoramento dos CAPS, apenas os vinte procedimentos específicos definidos pela Portaria GM/MS nº 854/2012 devam ser informados na produção enviada ao SIA/SUS, verifica-se que o sistema não restringe o registro de outros procedimentos. Nesse contexto, foram identificados outros 68 procedimentos registrados pelos CAPS em volumes expressivos no mesmo período. No intervalo de 2018 a 2021, registrou-se um total de 329.524 procedimentos não contemplados pela Portaria nº 854/2012, o que representa 38% do total de procedimentos informados ao DATASUS pelos CAPS da RRAS 17. Dentre esses, destacam-se aferição de pressão arterial, consulta médica na atenção básica, terapia em grupo, visita domiciliar por profissional de nível superior e a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e gravidez, o que evidencia fragilidades na padronização dos procedimentos registrados e na adequada alimentação do sistema de informações, considerando que alguns desses procedimentos fazem parte da rotina de cuidado dos CAPS.

Entre os procedimentos não previstos na Portaria GM/MS nº 854/2012, os cinco registros que aparecem com maior frequência representam 86% do total deste agrupamento: Consulta médica na atenção especializada, Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção especializada, Administração de medicamentos na atenção especializada, Aferição de pressão arterial e Escuta inicial/orientação (acolhimento demanda espontânea). O montante apresentado, à medida que prioriza o atendimento individual e o registro de ações por um único profissional, caminha em desencontro com a Política Nacional de Saúde Mental para a proposta do CAPS.

Em menor quantidade, foram observados na produção dos CAPS registros de procedimentos da Atenção Básica como: Atividade Educativa/orientação em grupo na Atenção Básica, Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Básica, Consulta Médica em Atenção Básica. O registro de procedimentos de Atenção Básica no CAPS evidencia um equívoco conceitual, tendo em vista que o CAPS é um serviço de Atenção Especializada.

A voz dos bastidores: desafios e percalços na visão dos trabalhadores dos CAPS

Tendo em vista a necessidade de uma maior aproximação com a realidade dos serviços e de seus trabalhadores, foram realizados dois encontros de grupos focais de forma remota, agrupando 33 trabalhadores de dezesseis CAPS, representando doze municípios. Participaram psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, equipe administrativa, técnicos de enfermagem e médicos. Esta abordagem metodológica qualitativa^{7,9} permite captar as percepções e experiências dos sujeitos envolvidos diretamente nos processos de trabalho, valorizando suas narrativas como fonte privilegiada de conhecimento sobre a realidade estudada.

Assim, por meio dessas discussões ricas e diversificadas, emergiram três categorias temáticas centrais que sintetizam os principais desafios e reflexões sobre o trabalho nos CAPS, conforme detalhado a seguir:

Labirinto de papel e sistemas desconexos: o fardo burocrático nos CAPS

Ao longo do encontro, os participantes destacaram a falta de acesso a equipamentos de informática, afetando a normatização dos processos de trabalho padronizados pelo DATASUS. Foi possível identificar que o fluxo de informação varia conforme a sistematização e processo de trabalho de cada território. Foi relatado que alguns serviços mantêm registros manuais em papel e depois inserem os dados no DATASUS, enquanto outros enviam dados para a Organização Social de Saúde (OSS) contratada ou para um local centralizado pela Secretaria Municipal de Saúde para consolidação, antes do envio e processamento do dado.

No entanto, alguns participantes não tinham conhecimento de como o registro de produção do CAPS era enviado ao DATASUS, e mencionaram usar sistemas próprios municipais ou prontuários eletrônicos. Outros participantes relataram que registravam apenas em prontuários físicos, e alguns serviços estão operando no processo de transição para o sistema eletrônico.

O processo de registro é percebido como burocrático e desconectado da realidade do trabalho, gerando sobrecarga e frustração. Os trabalhadores relatam que a complexidade dos registros compete com o tempo dedicado ao cuidado direto aos usuários. Corroborando com esses dados, Merçom e Constantinidis¹⁰ identificaram que os processos de trabalho nos CAPS são marcados por uma tensão constante entre as exigências burocráticas e a natureza do cuidado em saúde mental, que demanda flexibilidade, criatividade e singularidade nas intervenções. Ilustramos essa discussão com um trecho da fala de um dos participantes:

“Porque que seja um entendimento a crise ou não se você for relatar e demonstrar cada código individual de cada procedimento que a gente faz é surreal e tem que ter uma pessoa do meu lado para fazer registro de tudo que eu tô fazendo porque cada ação é um código (sic).” (Participante 24)

Outra experiência relatada pelos trabalhadores foi a existência de múltiplos sistemas não integrados, obrigando-os a realizar registros duplicados. Alguns serviços utilizam sistemas próprios municipais ou prontuários eletrônicos que não se comunicam com o DATASUS, gerando retrabalho e inconsistências. Esse achado corrobora o estudo de Coelho Neto e Chioro¹¹, que identificaram a existência de mais de cinquenta sistemas de informação

em saúde nacionais funcionando de forma autônoma e descentralizada, com frágil interoperabilidade. O relato a seguir destaca essa percepção:

“Eu estava observando aquele relatório que você mandou para o CAPS, e o que me chamou atenção foi que essas informações que o CAPS repassa para secretaria de saúde e a secretaria de saúde para alimentação do sistema SIA/SUS não confere” (Participante 4)

Vale destacar que a burocratização e a falta de compreensão do impacto das tarefas causam ao trabalhador sofrimento e desgaste mental, comprometendo não apenas a qualidade do trabalho, mas também a saúde dos profissionais¹². Esse aspecto é particularmente relevante no contexto dos CAPS, onde o trabalho já é emocionalmente exigente devido à natureza dos casos atendidos.

Considerando as dificuldades destacadas e a recomendação do 3º Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde¹³, que destaca a urgência de superar a fragmentação dos sistemas de informação em saúde, priorizando a interoperabilidade, a harmonização das terminologias e a padronização da informação como elementos fundamentais para a qualificação dos dados e sua utilização efetiva na gestão do SUS, ressaltamos a importância de buscar soluções no sentido de promover a integração de sistemas, a capacitação dos profissionais e a revisão das nomenclaturas, visando otimizar os registros e reduzir a sobrecarga de trabalho.

Dados desconectados: quando os registros não refletem a realidade dos CAPS

Os trabalhadores enfrentam dificuldades para encontrar correspondência entre as ações realizadas e os códigos disponíveis. A nomenclatura dos procedimentos na Tabela SUS não reflete objetivamente o tratamento realizado nos CAPS, mas sim a função terapêutica conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário¹⁴. Silva et al.¹⁴ constataram que a avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de CAPS revela significativas discrepâncias entre o trabalho realizado e o que é efetivamente registrado, em grande parte devido à inadequação dos códigos disponíveis. O relato a seguir ilustra essa discussão:

“Eu acho que ficou bem claro para todos que a RAAS, BPA C e BPA I não reflete o nosso trabalho. Ele não demonstra o quanto os CAPS trabalham, ficou óbvio para todo mundo que o CAPS produz muito mais do que ele indica (sic)” (Participante 25)

Os sistemas de informação em saúde devem funcionar como ferramentas para coletar, processar, analisar e disseminar dados que reflitam adequadamente a realidade dos serviços. No entanto, quando a nomenclatura dos procedimentos não corresponde às práticas cotidianas, o potencial desses sistemas como instrumentos de gestão e planejamento fica comprometido¹¹.

Mesmo nos serviços em que os registros acontecem de forma sistematizada, foram identificadas pelos trabalhadores que participaram do estudo algumas inconsistências entre o que é registrado pelos profissionais e o que aparece nos relatórios do DATASUS, gerando desconfiança e desmotivação. Grimm et al.¹⁵ destacam que a disposição das equipes para adotar práticas de monitoramento depende fundamentalmente da confiança nos dados e no aproveitamento das informações, sendo a participação ativa da gestão um fator crucial para fortalecer essa confiança. Apresentamos, a seguir, uma das falas dos participantes abordando um desencontro de informações:

“Eu já cheguei com essa inquietude de entender, você pegar aqui um ano que a gente faz, tem todo um trabalho de registro do acolhimento inicial, que para a gente é super importante, e você vê que deu um déficit de 36! É 36 pra gente ficar ali! Porque 36 é muito suor e lágrima (sic).” (Participante 30)

Portanto, a confiança na precisão dos dados é essencial para a eficácia dos sistemas de informação na gestão e planejamento. Discrepâncias entre o registro e a computação efetiva minam a credibilidade do sistema, gerando um ciclo de desinteresse e desvalorização dos registros¹⁴.

O elo perdido: a percepção dos trabalhadores sobre a desconexão entre o registro e o cuidado

Muitos trabalhadores têm pouca clareza quanto à finalidade dos registros para além do repasse financeiro, não valorizando seu potencial como ferramenta de gestão e planejamento. Essa percepção contribui para o desinteresse e a realização mecânica dos registros. Tasca et al.¹⁶ apontam que as reuniões de equipe podem funcionar como dispositivos importantes para a discussão e valorização dos processos de registro, desde que sejam organizadas para avançar além das questões burocráticas e se configurem como espaços de reflexão e construção coletiva. O relato que segue ilustra essa discussão:

“Essa semana mesmo teve um paciente com partes clínicas, questões simples, fígado tudo alterado, entrei em contato com PSF e eu encaminhei todos os exames que estão lá e foram feitos. Só que isso da nossa parte não é registrado. [...] você está ali querendo fazer um trabalho digno, mas ao mesmo tempo o ministério não enxerga isso, não vê o nosso trabalho (sic)” (Participante 15)

A baixa percepção sobre a importância dos registros está relacionada, em grande parte, à falta de retorno sobre como os dados são utilizados para o planejamento e a gestão. Quando os trabalhadores não visualizam o impacto de seu trabalho de registro nas decisões e políticas que afetam o serviço, tendem a perceber esta atividade como meramente burocrática e desconectada do cuidado.

A forma burocrática, desinteressada e incorreta de realização dos registros não reflete o trabalho real das equipes nos CAPS, tornando qualquer análise dos dados gerados incompatível com a realidade dos serviços¹⁴. Os trabalhadores relatam que se identificam com as ações assistenciais, como o acolhimento, e ações de matriciamento, entre outros, mas sentem dificuldade com a realização dos registros e evoluções. Compartilham que a identificação desses procedimentos no cotidiano do trabalho não é uma tarefa fácil e que, por vezes, uma ligação telefônica pode ser caracterizada como uma ação de matriciamento. No entanto, nem sempre é registrada ou mesmo valorizada como tal.

Os achados deste estudo indicam a necessidade de um diálogo contínuo entre equipes e gestão para identificar e resolver pontos críticos no registro das ações nos CAPS, valorizando a prática como um todo. Conforme destacam Tasca et al.¹³, as reuniões de equipe se configuram como dispositivos que oferecem um espaço multidisciplinar para discutir casos, trocar saberes e experiências, e proporcionar apoio e cuidado entre profissionais que enfrentam situações delicadas diariamente, devendo ser priorizadas no cotidiano do serviço e organizadas para que avancem para além das discussões burocráticas.

Considerações Finais

O presente estudo, à medida em que apresenta os dados de produção dos CAPS da RRAS 17 Taubaté, apresentados ao DATASUS, aponta fragilidades, refletindo falhas na captação e registro das informações, o

que impacta a análise epidemiológica e a tomada de decisão dos gestores. Além disso, sinaliza a importância da qualificação das equipes para o correto registro da produção, mostrando que é essencial instituir rotinas e estruturar processos de trabalho.

Desde a implantação do SUS, os mecanismos de monitoramento e avaliação da saúde mental têm se mostrado frágeis, influenciados pelo estigma, pela baixa prioridade na gestão e pelas dificuldades no manejo de informações sensíveis. Apesar dos investimentos e iniciativas do Ministério da Saúde, em 2012, para aprimorar os sistemas de captação de dados dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e das atuais operações para a transformação digital, ainda persistem limitações na interoperabilidade, e uma elevada complexidade operacional, fatores que comprometem a efetividade desses sistemas. Além disso, as análises da implantação da RAPS nos territórios seguem pautadas apenas em número de serviços implantados, sem critérios específicos de monitoramento, o que não garante condições adequadas de funcionamento, equipe qualificada ou a realização das ações multiprofissionais e interdisciplinares previstas para os CAPS.

Outro ponto a ser considerado é a ausência de capacitação formal em nível federal ou estadual para profissionais e gestores, comprometendo tanto a qualidade técnica quanto a operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde.

Como limitações deste estudo, destacamos a falta de uma análise detalhada da produção dos CAPS, especialmente sobre a composição das equipes, conforme registrado no DATASUS. O processo de habilitação pelo Ministério da Saúde permite variações nas equipes, e uma análise mensal a partir do CNES poderia enriquecer a discussão sobre a configuração dessas equipes. Além disso, não abordamos o custeio federal fixo recebido pelos CAPS, que não está vinculado à produção, e que poderia revelar relações com os processos de trabalho e registro de atendimentos. Esses aspectos não explorados apontam direções para pesquisas futuras.

Extrapolando o debate crítico e pensando em estratégias propositivas aos gestores de saúde da Região de abrangência do DRS XVII - Taubaté, foram oferecidas com este estudo recomendações no campo da gestão do trabalho, da gestão da informação e da gestão da clínica.

Um ponto importante do estudo é a construção participativa dos processos de registro e monitoramento em parceria com os trabalhadores da ponta, na medida em que apresenta um caminho potente de diálogo junto àqueles que vivenciam diariamente os desafios da documentação clínica, e compreendem as nuances do cuidado em saúde mental que precisam ser captadas pelos sistemas de informação.

Buscando romper barreiras digitais para a interoperabilidade de sistemas e a desburocratização do processo de trabalho, destacamos que pode ser promissor explorar potencialidades do SUS Digital e da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), para captar automaticamente ações realizadas e transformá-las em indicadores, eliminando redundâncias e reduzindo o tempo dedicado a tarefas administrativas em favor do cuidado direto do usuário.

Por fim, ressaltamos que o monitoramento e acompanhamento das ações realizadas em um serviço de saúde devem ser ações vivas e constantes, baseadas essencialmente na tecnologia da informação e qualificação do recurso humano. O intuito foi trazer atenção para o CAPS e apoiar futuros trabalhos e ações de planejamento de políticas em saúde mental, potencializando a utilização crítica das informações em saúde, viabilizando ajustes estratégicos aos processos de trabalho e apoio à estruturação e monitoramento dos cuidados em saúde mental enquanto política pública.

Referências

1. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(10):3233-45.

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde [internet]. 2012 [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html
3. World Health Organization – WHO. Mental health action plan 2013-2030 [internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 12 mar 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>
4. Drumond Junior M. Epidemiologia em serviços de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 419-56.
5. Muriano ML. A produção do cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS: um olhar sobre os sistemas de informação, suas potências e seus limites [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2024 [acesso em 22 maio 2024]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/20975>
6. Ventura MM. Análise secundária de dados: uma estratégia metodológica em pesquisa qualitativa em saúde. Rev bras enferm. 2007;60(2):221-5.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental e Álcool e Drogas. Nota Técnica no 037/2016 de 08 de abril de 2016. Solicita mobilização para melhoria dos registros de procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no SIA-SUS. Brasília (BR); 2016.
9. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev saude publica. 2018;42(6):1090-6.
10. Merçom LN, Constantinidis TC. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. Contextos Clínic [internet]. 2020 [acesso em 12 mar 2023];13(2):666-95. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000200015 <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14>
11. Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? Cad Saude Publica [internet]. 2021 [acesso em 17 jun 2022];37(7):e00182119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzNmVjHqmLhPHZp6gfcD6H/?lang=pt>
12. Selligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2022.
13. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. 3º Plano Diretor Para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia de Informação em Saúde: 3º PlaDITIS 2020-2024. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2020.
14. Silva NS, Camargo NCS, Bezerra ALQ. Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. Rev Bras Enferm [internet]. 2018 [acesso em 12 mar 2023];71(5):2191-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0821>
15. Grimm S, Nakagawa CH, Sok I, Lam KTS, Freitas MPS, Alves MCGP, et al. Dezesesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. Rev panam salud publica [internet]. 2018 [acesso em 11 nov 2023];42:e183. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e183/>
16. Tasca PC, Mahl AC, Biesdorf A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Unoesc & Ciência-ACBS. 2019;10(2):99-106

ARTIGO

Atenção Psicossocial Infantojuvenil e o uso de substâncias psicoativas: caminhos e obstáculos

Psychosocial Care for Children and Adolescents and the Use of Psychoactive Substances: Paths and Obstacles

Juliana Araújo Silva^I, Caroline Lucas de Moraes^{II}, Elizabeth M.F.A. Lima^{III}

Resumo

O artigo aborda o uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes e as ações realizadas no âmbito da Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Para tanto, apresenta estudos epidemiológicos, uma síntese das construções políticas e normativas de cuidado, direcionadas a esse público, e o relato de uma experiência num CAPSij, na região norte da cidade de São Paulo. O texto é resultado do encontro entre duas pesquisas e busca contribuir com o fortalecimento das práticas da atenção psicossocial a essa população na perspectiva do cuidado territorial, comunitário e com foco na autonomia e participação das pessoas envolvidas.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial, Substâncias Psicoativas, Adolescência.

Abstract

This article addresses the use of psychoactive substances by children and adolescents and the actions carried out within the scope of Psychosocial Care for Children and Adolescents. To this end, it presents epidemiological studies, a summary of the political and normative constructions aimed at this public, and the report of an experience in a CAPSij, in the northern region of the city of São Paulo. The text seeks to contribute to the strengthening of psychosocial care practices for this population from the perspective of territorial and community care, with a focus on the autonomy and participation of the people involved.

Keywords: Psychosocial Care Centers, Psychoactive Substances, Adolescence.

Apresentação

A Atenção Psicossocial brasileira vem sendo construída desde o final dos anos 1970, pautada nos direitos humanos e na possibilidade de compreender a complexidade da vida, produzindo desvios às simplificações, convocando a coletividade em suas propostas e provocando os modos de vida contemporâneos a fim de encontrar caminhos de cuidado. A produção de saúde de crianças e adolescentes compõem parte desses

^I Juliana Araújo Silva (juliana.araujo@medicina.ufrj.br) é terapeuta Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP), mestre e doutora em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista (UNESP- Assis) e professora adjunta no Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP).

^{II} Caroline Lucas de Moraes (c.lucasmoraes@gmail.com) é terapeuta Ocupacional, mestre em Ciências e especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP).

^{III} Elizabeth M.F.A. Lima (beth.lima@usp.br) é terapeuta Ocupacional, livre-docente do Curso de TO da Universidade de São Paulo (USP). Orientadora no Programa de Mestrado Profissional TO e Processos de Inclusão Social e no Programas de Pós-graduação Interunidades Estética e História da Arte da USP.

investimentos e configura a Atenção Psicossocial Infantojuvenil que, orientada por normativas, se desdobra em diversos serviços e estratégias.

A partir de duas pesquisas, uma realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e outra na Universidade de São Paulo (USP), este artigo pretende trazer reflexões e caminhos sobre a forma como a Atenção Psicossocial no Brasil tem produzido cuidado a crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas. A primeira pesquisa é o “Mapeamento de problemáticas contemporâneas para o cuidado psicossocial de crianças, adolescentes e jovens: questões teórico-conceituais e técnico assistenciais”, uma pesquisa documental realizada no contexto da UFRJ pela primeira autora, e a segunda “Cartografias do devir-adolescente: co-corpando experimentações de memória e reencontro”, dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Terapia Ocupacional e Processos de Inclusão Social da USP pelas segunda e terceira autoras.

Para tanto, traz uma síntese das discussões e ações realizadas no âmbito da Atenção Psicossocial Infantojuvenil, no que tange à questão do uso de substâncias psicoativas, e o relato de uma experiência num CAPSij, na região norte da cidade de São Paulo. Busca-se, dessa forma, contribuir com o fortalecimento das práticas de cuidado a essa população na perspectiva do cuidado territorial, comunitário e com foco na autonomia e participação das pessoas envolvidas.

Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial Infantojuvenil

No final da década de 1970, no Brasil, iniciou-se um processo de transformação das formas de tratamento em Saúde Mental, historicamente centradas no Hospital Psiquiátrico e na especialidade médica da psiquiatria, que teve como força motriz o Movimento de Luta Antimanicomial. “Congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, como também estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais”¹, o movimento foi fundamental para a efetivação do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

As primeiras instituições psiquiátricas em território nacional datam do século XIX, período em que foi inaugurado o Hospital Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Diante da rápida superlotação dessas instituições e de suas condições, as primeiras denúncias de maus tratos começaram a emergir, colocando os asilos em descrédito. Passaram-se, então, a organizar colônias em regiões agrícolas, a partir da inspiração europeia. Em São Paulo, tivemos a inauguração do Asilo para Alienados do Juqueri, em meio rural, a fim de poder comportar maior número de internos, pois o espaço criado algumas décadas antes, na Santa Casa de Misericórdia, não havia sido suficiente. Os alienistas brasileiros passaram a apostar na possibilidade do tratamento por meio do trabalho. No Rio de Janeiro, surgiram a Colônia de São Bento e a Colônia Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, entre outras².

Em pouco tempo, as colônias em nada se diferenciavam dos hospitais psiquiátricos, reproduzindo em seus ambientes o isolamento e as demais violências institucionais, hoje bem conhecidas graças às iniciativas internacionais de reformas psiquiátricas e ao Movimento de Luta Antimanicomial. Em 1967, foi estabelecido um convênio entre as instituições psiquiátricas e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que facilitou a entrada de leitos privados no sistema, fortalecendo a psiquiatria como prática assistencial de massa. Em 1972, houve uma reunião promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a III Reunião de Ministros da Saúde, no Chile, na qual foram discutidas e acordadas orientações em relação aos cuidados em saúde nas Américas. Naquela reunião, firmou-se um acordo para um programa de saúde mental no Brasil, que pautava a prevenção em saúde mental, a criação de centros comunitários de saúde mental, o uso de técnicas grupais, sem, no entanto, renunciar à ampliação de leitos psiquiátricos. Somente a última dessas ações foi efetivada¹.

É importante ressaltar que o circuito da população infantojuvenil na saúde mental aconteceu de forma próxima àquela dos adultos, passando prioritariamente por instituições filantrópicas e pelos hospitais psiquiátricos. Com a passagem do Brasil Colônia para o Brasil República, a infância tornou-se um campo de intervenção do Estado, com o objetivo de normatização dos indivíduos. Naquele período de mudanças, houve um fortalecimento do discurso médico-científico, que, sobrepondo-se a outros, passou a organizar os modos e costumes da população e estabelecer padrões de normalidade³. Enquanto os adultos eram direcionados ao trabalho, as crianças foram direcionadas às escolas, consideradas locais adequados para o seu desenvolvimento e controle. Tais ações foram formuladas pelo Movimento de Higiene Mental, que propunha intervenções no cotidiano e nas relações das pessoas⁴.

Somente no final do séc. XX, com o processo da Reforma Psiquiátrica, aliado à Reforma Sanitária Brasileira, uma atenção territorial e em liberdade começou a ser proposta, o que deu origem aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pautados na Portaria n.336 de 2002. Os CAPS foram divididos em CAPS I (para o atendimento da população geral), II e III (para adultos), CAPSij, para crianças e adolescentes em sofrimento psicossocial, e CAPS ad Álcool e Drogas, voltados para a população com questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

Posteriormente, em 2011, houve a efetivação da proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria n° 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A RAPS organizou fluxos e pontos da Atenção Psicossocial. Após o surgimento dos CAPS e da RAPS, muitas iniciativas foram criadas, inclusive com o surgimento em diferentes municípios de CAPS AD-III e CAPSi-III. Além disso, em muitos locais, passou-se a usar a nomenclatura de CAPSij incluindo a noção de juventude na denominação de diferentes serviços. Ou seja, a rede de saúde mental teve um significativo crescimento no começo dos anos 2000. Entre 2016 e 2022, esse crescimento foi interrompido, com fortes resistências de gestões públicas de desenvolver iniciativas pautadas na Reforma Psiquiátrica. No ano de 2023, o investimento na RAPS voltou a crescer, de forma alinhada com a Atenção Psicossocial.

No Brasil, a assistência infantojuvenil em saúde mental foi implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma reprodução dos serviços propostos para adultos, o que diferencia a experiência brasileira de suas inspirações internacionais, como a Psiquiatria Democrática Italiana, que não pautou a construção de serviços territoriais para crianças. Embora tenhamos poucos documentos oficiais direcionados à infância, há dois documentos importantes: Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil⁵ e Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos.⁶

No primeiro desses documentos estão organizados os princípios de cuidado infanto-juvenil: 1. A concepção da criança e do adolescente como sujeito de direitos; 2. Acolhimento universal; 3. Encaminhamento implicado; 4. Construção permanente de rede; 5. Cuidado em território; e, 6. Intersetorialidade nas ações de cuidado. O segundo traz questões mais específicas da Atenção Psicossocial Infantojuvenil e, entre elas, aborda a questão do uso de substâncias psicoativas por esta população. Nessa abordagem o documento orienta práticas que preconizam a participação, o território, o trabalho com as formas de sociabilidade e com os projetos de vida.

Ainda há muito a se construir em relação ao protagonismo infantojuvenil em espaços de decisão e análises das políticas públicas criadas. Sabemos que os CAPSij têm colaborado com a construção desse conhecimento e são muitas as dimensões da necessidade de cuidado que se apresentam nos dias atuais, entre elas: o crescimento das taxas de suicídio de pessoas entre 10 a 29 anos, que a Fiocruz (2024) apontou como tendo um crescimento de 50,94% em relação a população em geral⁷, a importante problemática da automutilação entre adolescentes, que foi mencionada no instrumento de vigilância a violência interpessoal e autoprovocadas no âmbito da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁸. Além do intenso aumento de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista, como identificado pelo CENSO de 2022, que

identificou 2,4 milhões de pessoas no Brasil dentro do espectro. Podemos também perceber os números que vêm sendo anunciados por diferentes municípios em relação à matrícula escolar etc^{IV}.

As situações de violência física, sexual e psicológica, e o uso de substâncias psicoativas na infância, adolescência e juventude, são também destaque no cotidiano de atendimento. No documento “Saúde Mental em Dados”, do Ministério da Saúde de 2024⁹, são contabilizados 324 CAPSij no Brasil, mas com estados que não apresentaram nenhum serviço até o momento.

Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Substâncias Psicoativas - plano macropolítico

Embora exista um significativo número de relatos sobre o cuidado de crianças e jovens que fazem uso de substâncias psicoativas, feitos por profissionais de CAPSij em encontros, congressos, trabalhos de pós-graduação ou em materiais produzidos por ONGs (como o Centro de Convivência É de Lei), há uma carência de materiais que aprofundem a compreensão da relação que esta população estabelece com tais substâncias e as estratégias efetivas, direcionadas pela perspectiva da Redução de Danos, em serviços públicos no Brasil.

A produção epidemiológica sobre o consumo de substâncias entre crianças e jovens, compreende estudos publicados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), como o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras de 2003¹⁰, e o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras de 2010¹¹. O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, de 2017, traz algumas informações relacionadas à epidemiologia do uso de substâncias por esta população: entre os aproximadamente sete milhões de indivíduos com idade compreendida entre 12 e 18 anos que participaram do estudo, a mediana da idade do primeiro consumo de bebida alcoólica foi de 13,5 anos. O Levantamento apresenta a estimativa de um milhão de adolescentes terem consumido álcool e tabaco nos 12 meses anteriores à pesquisa, e quase 400 mil adolescentes terem consumido álcool e pelo menos uma substância ilícita, o que representa 2% de indivíduos desse grupo etário¹².

No âmbito internacional, podemos acessar os relatórios publicados pela OMS como uma referência global relacionada ao uso de drogas, que apresenta estimativas referentes ao uso entre crianças e adolescentes. O *World Drug Report 2020 - drug use and health consequences* aponta que em torno de 269 milhões de pessoas usaram drogas em 2018, sendo que adolescentes e jovens adultos contabilizam a maior parte desses usuários. A Cannabis aparece como a substância mais utilizada pelo grupo. O *World Drug Report 2023: contemporary issues on drugs* enfatiza a questão relacionada a adolescentes em abrigos e há evidência de maior consumo de substâncias como álcool, cannabis, anfetaminas, entre outras. Ainda, aponta que adolescentes têm utilizado redes sociais e mercados situados na chamada *darknet* para realizar compras de substâncias.

Após os estudos epidemiológicos realizados na primeira década do séc. XXI, não foram realizados outros estudos nem atualizados os dados. Mesmo assim, a Atenção Psicossocial Brasileira vem indicando caminhos para este cuidado. No documento “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, aparece a perspectiva da Redução de Danos, e há a menção sobre a adolescência e a necessidade de se produzir informações mais eficazes sobre “saber beber com responsabilidade e as consequências do uso inadequado de álcool”, além de apresentar preocupação em relação à incidência de transtornos mentais na infância e adolescência e seu crescimento¹³.

^{IV} <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>

Na iniciativa Crack É Possível Vencer, de 2011, pautou-se o fortalecimento da rede de cuidados, investindo em Centros de Atenção Psicossocial - AD, Consultórios de Rua e Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Infantojuvenil (UAI). Esse último dispositivo tem muita potência no cuidado territorial, embora seja muito desinvestido em âmbito nacional. A UAI foi regulamentada pela portaria N° 121, de 25 de janeiro de 2012. Ela é destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos e foi inicialmente pensada para ser referência para municípios ou regiões com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes, devendo haver uma Unidade de Acolhimento a cada cinco mil crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

Contudo, mais de dez anos depois, o número de unidades implementadas nacionalmente é de 31 UAI⁹. Recorrentemente, ouvimos relatos de municípios que não conseguiram manter a proposta por tabus relacionados à adolescência e ao uso de substâncias, investindo em outros dispositivos, chegando a financiar comunidades terapêuticas.

Em 2012, o Plano Juventude Viva pautou essa questão e possibilitou ações intersetoriais, incluindo editais de fomento a ações territoriais. O Plano considera que a perspectiva de “guerra às drogas”, ao se articular com as dinâmicas do racismo institucional no campo da segurança pública, reforça a criminalização da juventude negra. É reconhecida, assim, a necessidade de debater alternativas a esse paradigma, pautando-se na desconstrução de estereótipos raciais sobre o perfil de usuários/as, bem como em referenciais de autonomia, cidadania e emancipação.

Nesse plano macropolítico, destaca-se ainda o investimento do Ministério da Saúde em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes para programas de prevenção. Houve uma adaptação do Programa Unplugged, Good Behavior Game e Strengthening Families Program para os programas #tamojunto, Elos e Famílias Fortes, respectivamente. Ainda, no ano de 2024, novas ações foram anunciadas pela gestão federal, como o Programa Nacional de Segurança Pública – Juventude, o CAIS - Centros de Acesso a Direitos e Inclusão Social e o Cria- Prevenção e Cidadania.

Assim, podemos compreender que, no geral, há um investimento macropolítico em organizar propostas de cuidado a essa população, alinhadas com os pressupostos da Atenção Psicossocial, pautando o acolhimento humanizado e o desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar. Embora alguns pontos contraditórios existam nessa construção, como a presença de comunidades terapêuticas na rede de Atenção Psicossocial desde a portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada pela última vez em 2013, por exemplo.

As propostas alinhadas com a Atenção Psicossocial pautam atendimentos em grupos, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, oficinas terapêuticas e articulação intersetorial. Contudo, a implementação de tais propostas e a manutenção da pauta da infância, adolescência e juventude nos debates da atenção psicossocial ainda constituem um gigante desafio. Abaixo, trazemos um recorte da experiência de um grupo de adolescentes, em contexto de CAPSij, que pode indicar caminhos interessantes para o enfrentamento das questões citadas dialogando com a ética da Atenção Psicossocial.

Memórias do Grupo de Adolescentes - pistas para o plano micropolítico

Momento por excelência de desterritorialização, a adolescência poderia ser pensada, ela mesma, como um devir: devir-adolescente. Nesse sentido, no cotidiano de trabalho com adolescentes e jovens, se trata de acompanhar os deslocamentos e o surgimento de novas formas de ser e, ao mesmo tempo, criar uma sensação de continuidade, possibilitando a sustentação de um ritmo próprio que cria a confiança. Assim, interessa estarmos constantemente criando espaços potenciais, onde todos os que estão em contato com essa atmosfera

fértil possam fazer escolhas, criar, conduzir, subverter... Temos, socialmente, poucos lugares de acolhimento e cuidado para que essas experiências, quando produtoras de intenso sofrimento, possam ser vividas com acompanhamento e algum contorno. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial podem ser alguns desses lugares.

Temas como sexualidade, transformações de corpo/afeto/sociabilidade, relações familiares, conflitos no ambiente escolar, rascunhos de futuro (trabalho, faculdade, independência financeira, etc), racismo e violência, primeiros contatos com o uso de substâncias (álcool e outras drogas) são recorrentes nesta clínica e intrinsecamente conectados aos modos de subjetivação produzidos em cada território.

Em uma experiência grupal realizada em um CAPSij na periferia de São Paulo, o Grupo de Adolescentes¹⁴ tratou desses temas, buscando forjar resistência coletiva frente às desigualdades e aos estigmas e oferecer convivência para trocas e aprendizados, a fim de construir repertório diversificado de modos de lidar com as dificuldades cotidianas do/no território.

Reunidos quatro anos depois no Grupo Reencontro, os participantes daquele Grupo de adolescentes relataram a potência da formação grupal como apoio e lugar de pouso para se lançarem, com confiança, às experimentações artístico-culturais, esportivas e tantas outras e a importante marca que essas vivências imprimiram em suas trajetórias de cuidado.

Valentina recorda uma apresentação de teatro: “Vocês lembram quando a gente foi apresentar aquela peça de teatro lá na PUC?”¹⁴; Gabriela traz a lembrança da participação do grupo em uma “Oficina de escrita” e na “Copinha da Inclusão”; e Caio relembra a capacidade de mobilização do grupo e o esforço para organizar uma festa junina na Casa de Cultura do território. Entre essas e outras memórias, o vínculo grupal construído no CAPSij e a circulação desse grupo pela comunidade, evidenciaram a potência de um território comprometido com o fundamento da intersetorialidade, articulando arte/cultura/saúde/educação/esportes e que funcionava em “rede quente”, para favorecer o pertencimento e circulação de seus adolescentes, desestabilizando as estruturas demarcadas e instituídas, para habitar a fronteira delas.

O manejo em grupos terapêuticos, especialmente no contexto do CAPSij, destaca-se como uma prática essencial para a promoção da saúde mental e cuidado de adolescentes. A dinâmica grupal não apenas favorece a construção de vínculos entre os participantes, mas também proporciona um espaço de confiança para a experimentação de diferentes afetos e modos de vida. Ao conduzirmos o Grupo de Adolescentes, comprometidos eticamente com a afirmação de que a clínica é política e que nossa aposta era pela liberdade e afirmação das diferenças, nossa relação com o grupo e a relação entre os participantes se amalgamaram embebidas de nosso modo sensível de “fazer com” o grupo.

As relações construídas no grupo também desempenharam um papel fundamental em situações de crise. “Podemos chamar de crise a “agudização da sintomatologia psiquiátrica”, ou seja, delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora etc” (Ferigato, SH et all. p. 34)¹⁵ ou, ainda, “a crise pode ser designada como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações” (Ferigato, SH et all. p. 35)¹⁵. Esse suporte mútuo demonstrou a importância do grupo como uma rede de cuidado, na qual os adolescentes não apenas recebiam ajuda, mas também compunham a rede de cuidado dos colegas.

Adentrando as memórias, Diego narra um episódio em que ele se sentiu mal por chegar ao serviço sob efeito de substância ilícita, já que havia acordado com a equipe, levando em conta seu processo de vida e a construção conjunta de seu projeto terapêutico singular, que não mais usaria maconha e, se usasse, não iria intoxicado ao serviço. Ele descreveu a preocupação em não incomodar a equipe, dizendo, “eu não quero incomodar de jeito nenhum, eu fiz a maior besteira”¹⁴, mesmo que a complexidade do uso de substâncias

como uma forma de lidar com o sofrimento tenha sido problematizada. No Grupo Reencontro, relembramos a necessidade de entender as razões por trás do uso de drogas e o manejo clínico, apoiado na referência da Redução de Danos, realizado naquela situação, ao que ele complementou: “compreender porque que você usa droga e não simplesmente dizer ‘pode’ ou ‘não pode’”¹⁴.

Os relatos sobre o uso de maconha também apontaram a singularidade das experiências de cada participante e como o manejo deve ser adaptado a essas vivências e seu contexto sociocultural. Diego enfatizou que sua experiência não foi a mesma que a de Júlia, que fazia uso constante da substância: “o que eu podia falar? eu já tinha feito 50 mil vezes isso! mas não vou me desculpar não!”¹⁴. Quando Diego se sentiu acolhido pela equipe após esse momento de vulnerabilidade, ele destacou: “A Ana me acalmou de um jeito que, meu Deus do céu! No fim, ela até achou graça!”¹⁴. A singularização de manejos de cada participante em um contexto grupal aponta para uma clínica de grupos que aposte na criação e sustentação de um ambiente acolhedor e de confiança para um modo de vinculação que favoreça o exercício da alteridade, a afirmação das diferenças e a construção de um terreno fértil para brotarem relações saudáveis, maduras e alegres.

Considerações finais

O compromisso ético, estético e político de uma atuação profissional intencionalmente resistente ao modo de vida que assujeita corpos e submete subjetividades a uma homogeneização massiva. É pista preciosa que contribui para a abertura de passagens, de fendas, de respiros e rupturas, reapropriando redes de vida e afirmando modos de ser, viver, sentir singulares. Trouxemos a experiência do Grupo de Adolescentes porque é possível apreender a afirmação desta ética, no cotidiano da clínica, a partir dos relatos dos próprios participantes. Na prática clínica, dentro do Sistema Único de Saúde, temos elementos que colaboram e que dificultam o alinhamento entre as estratégias territoriais e as políticas. Sabemos que os profissionais estão submetidos a gestões que podem ou não compreender os pressupostos da Atenção Psicossocial e, assim, investir menos ou mais na força da rede, serviços e condições de trabalho. No entanto, há a potência de invenção dos encontros e em cada profissional. Cuidar de processos de crianças e adolescentes com problemáticas relacionadas a substâncias psicoativas exige esse entrelaçamento para abordar a complexidade da vida.

O grupo foi uma experiência que compôs a rede, e seu relato permite troca com outras ações que acontecem no presente. Troca que aposta na potência do contágio, pois a inventividade precisa estar presente nas pequenas ações cotidianas dos serviços. Assim, compõem-se uma teia de singulares tentativas, cada qual a seu modo, que pode crescer em colaboração e provocar também mudanças macropolíticas. Esta curta narrativa traz um exemplo de trabalho com a sociabilidade, com os fundamentos do cuidado, com projetos terapêuticos singulares de vida. Apostar nos vínculos confiáveis, nas relações de pertencimento à comunidade e seu território, em práticas que acompanhem os movimentos coletivos de grupos e na criação do não instituído, como modo afirmativo de existências subversivas, parece constituir pistas para a expansão da discussão sobre o uso de substâncias.

Referências

1. Yassui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010.
2. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
3. Blikstein F. Destinos de Crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP; 2012.

4. Silva JA. Políticas do encontro e as forças selvagens na clínica infantojuvenil [tese]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP; 2018.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. rev. Brasília (DF); 2005.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional do Ministério Público Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF); 2014.
7. Costa NR. Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública: Relatório Técnico 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2024.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde Brasil. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília (DF); 2016.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados [internet]. 13. ed. Brasília (DF); 2024 [acesso em 10 fev 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>
10. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003. São Paulo: CEBRID; 2004.
11. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Cebrid. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID; 2010.
12. Bastos FIP, Monteiro organizadores. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2003.
14. Moraes CL. Cartografias do devir-adolescente: co-corpando experimentações de memória e re-encontro [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2024.
15. Ferigato SH, Campo RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP. 2007;6(1):31-44.

ARTIGO

Grupos de ouvidores de vozes no SUS: estratégia de enfrentamento, pertencimento e protagonismo

Hearing voices groups in the SUS: coping strategy, belonging and protagonism

Loraine Oltmann de Oliveira¹, Letícia Charnioski de Andrade^{II}, Kamilla Moura Hingel Nogueira^{III}

Resumo

Este artigo contextualiza os Grupos de Ouvidores de Vozes em sua constituição, analisando sua trajetória, impacto e possibilidades de inserção na atenção psicossocial. A experiência de ouvir vozes sempre esteve presente na história, sendo interpretada de formas distintas ao longo do tempo. No entanto, com o avanço da psiquiatria tradicional, passou a ser vista predominantemente como um sintoma psiquiátrico, resultando em abordagens estigmatizantes. Como contraponto, surge o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (MIOV), que propõe a escuta ativa e o suporte por pares como estratégia de enfrentamento e protagonismo. No Brasil, os primeiros Grupos de Ouvidores de Vozes a integrarem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem em 2015. Desde então, estudos apontam que os grupos promovem acolhimento e ressignificação da experiência de ouvir vozes, representando uma ferramenta essencial no cuidado em liberdade, oferecendo alternativas eficazes para a atenção psicossocial e o *recovery*. No entanto, desafios como falta de financiamento, resistência biomédica e desigualdade na implementação comprometem sua expansão no Sistema Único de Saúde (SUS). Conclui-se, portanto, que os grupos de ouvidores representam uma estratégia de cuidado que valoriza a dignidade e a autonomia humana, sendo necessário um maior reconhecimento e investimento nas políticas de saúde para sua efetividade.

Palavras-chave: Saúde Mental. Transtornos Psicóticos. Redes Comunitárias.

Abstract

This article contextualizes the Hearing Voices Groups in their formation, analyzing their trajectory, impact and possibilities for integration into psychosocial care. The experience of hearing voices has always been present in history, interpreted in various ways over time. However, with the advancement of traditional psychiatry, it came to be predominantly viewed as a psychiatric symptom, leading to stigmatizing approaches. As a counterpoint, the Hearing Voices Movement (HVM) emerged, proposing active listening and peer support as strategies for coping and empowerment. In Brazil, the first Hearing Voices Group to be integrated into the Psychosocial Care Centers (CAPS) were established in 2015. Since then, studies have shown that these groups foster acceptance and a re-signification of the experience of hearing voices, representing an essential tool in providing care with freedom and offering effective alternatives for psychosocial support and recovery. Nonetheless, challenges such as lack of funding, biomedical resistance, and inequality in implementation hinder their expansion within the

¹ Loraine Oltmann de Oliveira (loraine.oltmann@gmail.com) é psicóloga, mestre em Saúde Coletiva, professora de Psicologia.

^{II} Letícia Charnioski de Andrade (leticiacharnioski@gmail.com) é graduanda em Psicologia na Faculdade Estácio Curitiba.

^{III} Kamilla Moura Hingel Nogueira (kamznogueira@gmail.com) é graduanda em Psicologia na Faculdade Estácio Curitiba.

Unified Health System (SUS). Therefore, it is concluded that the Hearing Voices Groups represent a care strategy that upholds human dignity and autonomy, requiring greater recognition and investment in health policies for their effectiveness.

Keywords: Mental Health. Psychotic Disorders. Community Networks.

Introdução

“E quanto a mim, Sócrates, a voz de Deus, o Daimon, que me acompanha desde minha infância, sempre se manifestou para me impedir de fazer certas coisas. Essa voz não me diz o que devo fazer, mas apenas me impede de fazer o que não devo”¹. Tal trecho, presente em um dos livros de Platão, descreve a experiência extrassensorial com a qual o filósofo Sócrates conviveu durante toda a sua vida, a qual chamava de Daimon. Esse fenômeno consiste, por definição, como a percepção auditiva de uma voz mesmo na ausência de estímulos externos, sendo uma experiência singular e acessível apenas por meio do discurso de quem a ouve².

Atualmente, assim como demonstrado pela frase, entende-se que essas experiências sempre existiram na sociedade, com diferentes interpretações dadas ao longo do tempo, determinadas de acordo com a época e a cultura. Para alguns, essa vivência se entrelaça com a crença no culto aos antepassados, sendo considerada como um dom natural por aqueles que presenciam indivíduos com tal percepção em momentos de luto, ouvindo entes já falecidos³.

Entretanto, com o crescimento da psiquiatria, a partir do século XX, tais fenômenos religiosos e até mesmo filosóficos passaram a ser remodelados para uma compreensão sintomática, associadas com a loucura e, posteriormente, ligadas à compreensão de algum transtorno mental⁴. Essas interpretações ainda persistem na sociedade contemporânea, sustentando uma abordagem de cuidado que tende à patologização e ao estigma. No entanto, novas perspectivas têm questionado essa visão, como as propostas do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (MIOV), que resgata saberes daqueles que ouvem vozes e promove uma abordagem alternativa para compreender essas experiências.

Dentro dessa conceituação da psiquiatria tradicional, a alucinação auditiva é um fenômeno mais comum em indivíduos que apresentam crises psicóticas e esquizofrenia². É possível estipular que essa experiência pode se apresentar da forma mais variada possível – manifestando-se com diversidade de tons, gênero, altura e idade^{5,6,7}. De acordo com Majjer⁸, a prevalência média estimada é de 9,6%, sendo que em crianças (12,7%) e em adolescentes (12,4%) as taxas são significativamente maiores em comparação a adultos (5,8%) e idosos (4,5%). Para muitas pessoas, a experiência de ouvir vozes pode ser negativa e trazer prejuízos para toda a vida. Algumas vozes são invasivas, atrapalhando a vida cotidiana e trazendo sofrimento e estranhamento para o sujeito e para aqueles ao seu redor, principalmente quando há o isolamento de ideias e a desconexão de sentidos naquilo que se escuta⁹. Porém, com o conhecimento científico disponível atualmente, entende-se que nem todos que ouvem vozes necessariamente possuem uma patologia.

No Brasil e em outros lugares do mundo, os tratamentos conduzidos para transtornos em saúde mental possuíam um viés hospitalocêntrico, marcado pela violação dos direitos e da autonomia dos indivíduos¹⁰. Apesar do contínuo avanço após a reforma psiquiátrica, um movimento mundial que buscou reorganizar a lógica de atendimento às pessoas em sofrimento mental, trocando a exclusão por liberdade e prevendo um cuidado humanizado e comunitário¹¹, percebe-se que a loucura ainda mantém um lugar social de exclusão. O que antes eram amarras e correntes, agora manifestam-se como práticas de saúde autoritárias e discursos dominantes. O entendimento das alucinações auditivas como transtorno muitas vezes segrega, distancia e impede que esses indivíduos possuam o mesmo acesso à sociedade que outrem.

O Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (MIOV)

Ao visar uma forma de auxiliar na melhoria da qualidade de vida de pessoas que ouvem vozes, numa perspectiva não medicamentosa, surge o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (MIOV), na parceria entre uma paciente que ouvia vozes, chamada Patsy Hage, e seu psiquiatra, Marius Romme. Hage ouvia vozes que traziam impactos negativos, não apresentando redução mesmo com medicação. A partir de sua vivência, ela e seu psiquiatra buscaram outras explicações, desenvolvendo juntos questionamentos que colocam em destaque a importância do diálogo ao invés da supressão completa da experiência^{5,6}. Com a crescente divulgação do MIOV, Grupos de Mútua Ajuda sobre a temática foram desenvolvidos, contando com a união de profissionais, ouvintes de vozes e familiares.

Atualmente, tais grupos são a principal forma de atuação do movimento¹² e servem como estratégia na recuperação do protagonismo, anteriormente perdido, dos indivíduos em sua própria condição¹³. Defensores do movimento argumentam que as vozes devem ser compreendidas como parte integrante da experiência humana, dotadas de significado, em vez de serem simplificadas como meras patologias^{6,14}. Frequentemente, essas experiências podem refletir respostas a eventos importantes na trajetória de vida do indivíduo, o que indica uma conexão entre as vozes e a história pessoal. Compreender tal relação possibilita a reestruturação de narrativas e a geração de novas interpretações^{6,13}, entendendo que, a partir da incorporação da voz no contexto social, essa experiência pode ser mais gerenciável¹⁵.

Dentro do grupo, torna-se possível a investigação da origem das vozes. Essa abordagem possibilita uma nova perspectiva sobre a própria identidade e trajetória, promovendo autoconhecimento e ressignificação, auxiliando na expansão das possibilidades. Marius Romme, em seus estudos, descobriu que existem pessoas que ouvem vozes que não buscaram o auxílio da psiquiatria, vivendo em harmonia com sua condição. Dessa forma, o autor percebeu que o problema não são as vozes em si, e sim a forma com que se lida com elas^{5,6}. Os autores Corstens et al.¹⁵ resumem os valores chaves do MIOV:

Ouvir vozes pode ser entendido como uma parte natural da experiência humana; diversas explicações são aceitas para as origens das vozes; os ouvintes são encorajados a se apropriar de suas experiências e defini-las por si mesmos; a audição da voz pode ser interpretada e compreendida no contexto de eventos da vida e narrativas interpessoais; um processo de compreensão e aceitação da voz de alguém pode ser mais útil para a recuperação do que a supressão e evitação contínuas e, por fim; o apoio e a colaboração dos colegas são fortalecedores e benéficos para a recuperação. (Corstens et al., 2014, p. 288).¹⁵

É possível perceber que o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes realiza um importante investimento na valorização do sujeito, atuando como ferramenta de resistência aos anos de silenciamento e estigmatização enfrentados por pessoas com essas características¹⁶.

No Brasil, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, por meio da Portaria nº 3.088, consolidou um modelo de cuidado em saúde mental baseado no atendimento territorial e comunitário, priorizando dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁷. Nesse contexto, os Grupos de Ouvidores de Vozes, frutos do MIOV, surgem como uma abordagem alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica, promovendo suporte entre pares e ressignificação da experiência de ouvir vozes.

Os primeiros grupos de ouvintes de vozes no Brasil surgiram em 2009, ainda sem integração oficial às políticas públicas. O movimento ganhou força a partir de 2015, quando Paul Baker e Marius Romme participaram de workshops em Marília (SP) e Campinas (SP), estimulando a criação de grupos no país. No mesmo ano, um dos primeiros grupos estruturados dentro da RAPS foi implantado no CAPS de Ribeirão Preto (SP)⁹.

Dentro do grupo, os participantes assumem um papel ativo, fundamentando-se na premissa de que a responsabilidade é compartilhada entre todos, promovendo um ambiente em que todos podem expressar suas opiniões e participar do processo decisório, contrastando em muito com o tratamento por internação tão comumente utilizado¹⁵.

O funcionamento do grupo ocorre na troca de experiências, nas quais as falas são positivadas e envolvidas de sentido^{9,16}. Enquanto se exploram as vivências, aborda-se o conteúdo das vozes, as estratégias de enfrentamento já possuídas pelo ouvidor, bem como novas possibilidades que surgem por meio da dialogicidade. Além disso, identificam-se possíveis gatilhos que podem desencadear as vozes ou piorar sua intensidade, assim como reflexões sobre suas possíveis explicações, significados e origens¹⁸. Esse fenômeno pode ser denominado apoio entre pares, o qual, muitas vezes, revela-se como um suporte até mais efetivo do que aquele fornecido pelos profissionais da saúde. No grupo, a diversidade de experiência entre os participantes possibilita uma valiosa troca de conhecimentos, permitindo que os indivíduos auxiliem uns aos outros, principalmente quando há situações de vida semelhantes⁹.

Por existir essa centralidade na experiência da pessoa, os participantes ouvidores são denominados “especialistas por experiência”. Isso denota a existência de uma quebra no padrão da monocultura do saber, a partir da circularização do protagonismo, considerando a experiência individual como um conhecimento a ser valorizado¹⁹. Dentro dos grupos, há a figura do chamado “facilitador”, responsável pela organização do grupo de maneira horizontal. Esse profissional não assume o papel de detentor do conhecimento, mas sim da pessoa que estimula o debate, prepara as reuniões, propõe estratégias para gerenciar as opiniões, discute o potencial de cada membro, observa a dinâmica grupal e cria um ambiente de discussão respeitoso, garantindo que não haja desrespeito às sensibilidades dos participantes¹³.

Podemos então entender o grupo como um espaço com os seguintes objetivos: proporcionar às pessoas a oportunidade de desenvolverem confiança e saírem do isolamento, favorecer a camaradagem entre indivíduos que se compreendem, facilitar o aprendizado a partir da experiência dos outros, oferecer orientação com relação a como lidar com as vozes, promover o autoconhecimento e, por fim, desenvolver habilidades que possam ser aplicadas fora do grupo, melhorando a comunicação com familiares e amigos¹³.

Os grupos são fundamentados em um conceito denominado *Recovery*, que significa que o sujeito pode se recuperar do seu sofrimento de forma contínua e gradual, ultrapassando as noções de cura e reconhecendo o direito do cidadão de participar plenamente da vida cotidiana e social. Não se objetiva somente a retirada dos sintomas, o que nem sempre é possível, mas abrange a promoção da vida em comunidade, considerando aspectos além da saúde, como acesso à educação, ao trabalho e ao lazer^{20,21}.

Considerações finais

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como meta a criação de serviços baseados no *Recovery*, com enfoque comunitário e alinhados aos princípios dos direitos humanos. A mais recente publicação da OMS sobre serviços modelo inclui a formação de grupos de ouvidores de vozes²². Compreende-se, portanto, que propostas fundamentadas nesse conceito são de suma importância para a saúde coletiva. Além de estarem alinhadas às diretrizes da OMS, essas iniciativas estão intimamente relacionadas à reforma psiquiátrica, uma vez que promovem uma melhor percepção entre os usuários e iniciam um processo de descentralização do conhecimento profissional²⁰.

O artigo de revisão sistemática de Coentín; Fitzgerald e Goodwin²³ resume bem os princípios e benefícios dos grupos de ouvidores de vozes, ao identificar aspectos essenciais, como: validação, pertencimento, aprendizado de novas estratégias de enfrentamento e esperança. Com esses grupos, é possível um espaço social que

facilita a conexão e o apoio, restaurando a autoconfiança e desenvolvendo novas habilidades sociais. A partir da troca de experiência, os indivíduos também adquirem novas habilidades e conhecimentos. Adicionalmente, também é possível identificar gatilhos emocionais e contribuir para a redução do medo e da ansiedade, proporcionando, assim, esperança e inspiração.

Apesar dos progressos evidentes, a implementação e manutenção dos grupos de ouvidores de vozes dentro do SUS enfrentam desafios estruturais, como a falta de financiamento, a resistência de setores da psiquiatria tradicional a abordagens não biomédicas e a desigualdade regional na oferta desses serviços. O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental nos últimos anos, com o fortalecimento de modelos hospitalocêntricos em detrimento da expansão dos serviços comunitários, compromete a consolidação da RAPS e a ampliação dos grupos no território nacional^{24,25}.

O fortalecimento das estratégias alternativas dentro da rede pública depende, portanto, do reconhecimento institucional de sua eficácia e da formulação de políticas públicas que garantam sua ampliação. Inseridos na lógica da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade, esses grupos representam um avanço na construção de uma saúde mental mais inclusiva, em que as vozes não são silenciadas, mas compreendidas e ressignificadas. Assim como o Daimon de Sócrates orientava sem impor, os Grupos de Ouvidores de Vozes não buscam silenciar as experiências, mas sim encontrar caminhos para compreendê-las. Para os participantes, o que antes era um fardo solitário pode, em comunidade, transformar-se em uma verdadeira jornada de acolhimento e ressignificação.

Referências

1. Platão. *Apologia de Sócrates e Banquete*. São Paulo: Martin Claret; 2002.
2. Woods A, Jones N, Alderson-Day B, Callard F, Fernyhough C. Interdisciplinary Approaches to the Phenomenology of Auditory Verbal Hallucinations. *Schizophr Bull* [internet]. 2014 [acesso em 23 fev 2025];40:S246-S254. Disponível em: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/Suppl_4/S246/2886717.
3. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WA, Ferchiou A, Morrison AP, et al. Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophr Bull* [internet]. 2014 [acesso em 23 fev 2025];40:S213-S220. Disponível em: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/Suppl_4/S213/1874317.
4. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
5. Romme M, Escher S. *Na companhia das Vozes: para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Lisboa: Editora Estampa; 1997.
6. Baker P. *The Voice Inside: a practical guide for and about people who hear voices*. Isle of Lewis: P&P Press; 2009.
7. Contini C. *Ouvir Vozes: Manual de Enfrentamento*. Pelotas: Cópias Santa Cruz; 2017.
8. Maijer K, Begemann MJH, Palmén SJMC, Leucht S, Sommer IEC. Auditory hallucinations across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* [internet]. 2017 [acesso em 20 fev 2025];48(6):879-888. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291717002367>.
9. Corradi-Webster CM, Rufato LS, Leão EA, Bien C, Reis G. Grupo de Ouvidores de Vozes: experiência inovadora realizada por suporte de pares. *Rev Iberoam Psicol* [internet]. 2021 [acesso em 12 jan 2025];14(2):75-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14208>.
10. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
11. Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
12. Intervoice. *The Internacional Hearing Voices Network* [internet]. Reino Unido; 2021 [acesso em 15 dez 2024]. Disponível em: <http://www.intervoiceonline.org/>.

13. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. Living With Voices: 50 Stories of Recovery. United Kingdom: PCCS Books; 2009.
14. Lührmann TM. Diversity Within the Psychotic Continuum. *Schizophr Bull* [internet]. 2017 [acesso em 15 jan 2025];43(1):27-31. Disponível em: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/43/1/27/2548951>.
15. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. *Schizophr Bull* [internet]. 2014 [acesso em 15 jan 2025];40:S285-S294. Disponível em: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/Suppl_4/S285/1873862.
16. Kantorski LP, Andrade APM. Assistência Psiquiátrica mundo afora: práticas de resistência e garantia de direitos. *Cad Bras Saúde Mental* [internet]. 2017 [acesso em 23 fev 2025];9(24):50-72. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69590>.
17. Brasil. Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial União.
18. Muniz MP, Campos MAO, Paquiela EOA, Figueiredo EBL, Souza AC, Silva CF. O manejo da experiência de audição de vozes não compartilhadas no âmbito do grupo de Ouvidores de Vozes. *Rev Delos* [internet]. 2024 [acesso em 12 jan 2025];17(62):e3170. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.55905/rdelosv17.n62-087>.
19. Lussi IAO, Leão A, Dimov T. Práticas emancipatórias em Saúde Mental. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2022 [acesso em 21 fev 2025];26:e220158. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.220158>.
20. Baccari IOP, Campos RTO, Stefanello S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2015 [acesso em 23 fev 2025];20(1):125-136. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100125.
21. Saxena S, Funk M, Chisholm D. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. *Lancet* [internet]. 2013 [acesso em 20 jan 2025];318(8):1970-1971. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61139-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61139-3/fulltext).
22. World Health Organization - WHO. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches [internet]. Geneva; 2021 [acesso em 20 jan 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>.
23. Corentin C, Fitzgerald C, Goodwin J. Benefits of Hearing Voices Groups & Other Self-Help Groups for Voice Hearers: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs* [internet]. 2023 [acesso em 20 jan 2025];44(4):228-244. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2023.2189953>.
24. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00285117.
25. Chaves ASC, Jesus LMS, Rosa CM, Garcia LG. Recorte temporal dos desafios para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil: revisão sistemática. *Rev Mental* [internet]. 2022 [acesso em 20 jan 2025];14(26):1-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v14n26.0003>.

ARTIGO

Diálogo Aberto: experiência de implantação no município de Divinópolis (MG)

Open Dialogue: implementation experience in the municipality of Divinópolis/MG

Thiago Magela Ramos^I, Vanessa Ayres Tibiriçá^{II}, Selma Angélica de Oliveira Borges^{III},
Aline Duarte Fagundes^{IV}, Elina Rosa Coelho^V

Resumo

Este trabalho apresenta um relato de experiência no município de Divinópolis (MG) referente ao processo de implantação, manutenção e prática da abordagem Diálogo Aberto (DA) de saúde mental. O DA é uma abordagem de intervenção à crise psicótica e a outras crises psíquicas. O cuidado é ofertado de forma imediata, nas primeiras 24 horas do contato com o serviço de crise. Abrange um conjunto de práticas diferenciadas das convencionais e tradicionais. Ele surge como uma abordagem norteadora ao tratamento em liberdade, promovendo um ambiente de diálogo e colaboração nas tomadas de decisões referentes ao tratamento. Assim, o relato objetiva estimular discussões dentro da prática profissional e refletir sobre o cuidado em saúde mental. Os resultados preliminares da experiência indicam que houve, nos casos acompanhados com o DA, redução do uso medicamentoso, diminuição da permanência dos usuários nos serviços, melhor custo-benefício, dentre outros. A experiência no município de Divinópolis (MG) aponta possibilidades de mudanças no paradigma tradicional de cuidado em saúde mental, proporcionando reflexões que direcionam para um protagonismo do usuário e que foquem em um cuidado territorial e humanizado.

Palavras-chave: Saúde Mental. Rede Social. Intervenção em Crise.

Abstract

This paper presents an experience report in the city of Divinópolis/MG regarding the process of implementation, maintenance and practice of the Open Dialogue (OD) approach to mental health. OD is an intervention approach to psychotic crises and other psychic crises. Care is offered immediately, within the first 24 hours of contact with the crisis service. It encompasses a set of practices that are different from conventional and traditional ones. It emerges as a guiding approach to treatment in freedom, promoting an environment of dialogue and collaboration in decision-making regarding treatment. The report aims to stimulate discussions within professional

^I Thiago Magela Ramos (thiagomagelaramos@yahoo.com.br) é enfermeiro e mestre em Saúde Coletiva. Gerente de Saúde Mental e Supervisor Clínico do Projeto de Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^{II} Vanessa Ayres Tibiriçá (vanessaatibirica@hotmail.com) é psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei e pós-graduada em Psicanálise e Saúde Mental pela Faculdade Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão. Psicóloga do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^{III} Selma Angélica de Oliveira Borges (Selminha_samonte@hotmail.com) é enfermeira do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^{IV} Aline Duarte Fagundes (alinedfagundes@gmail.com) é psicóloga, pós-graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e em Psicologia Social. Psicóloga do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^V Elina Rosa Coelho (elinanurse16@gmail.com) é enfermeira, pós-graduada em Saúde Pública e Terapia Intensiva Adulto. Enfermeira do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

practice and to reflect on mental health care. The preliminary results of the experience indicate that, in cases monitored with the OD, there was a reduction in medication use, a shorter stay of users in services, and better cost-benefit, among others. The experience in the city of Divinópolis/MG points to possibilities for changes in the traditional paradigm of mental health care, providing reflections that direct the user to a leading role and that focus on territorial and humanized care.

Keywords: Mental Health. Social Network. Crisis Intervention.

Introdução

A abordagem de saúde mental conhecida como Diálogo Aberto (DA) foi desenvolvida na Finlândia na década de 1980, inicialmente como uma resposta a crises psicóticas. Essa abordagem se destaca por ser um modelo inovador de tratamento à crise psicótica e a outras crises psíquicas, que prioriza a comunicação e a inclusão da rede social do usuário no processo terapêutico. Sua metodologia consiste na atenção imediata à crise com cuidado ofertado nas primeiras vinte e quatro horas após o contato inicial com o serviço de crise, dando ênfase na inclusão de todos os envolvidos no processo de cuidado, abrangendo o usuário, sua família e sua rede social¹.

Com um conjunto de práticas diferenciadas das convencionais, o DA contribuiu significativamente para o processo de desinstitucionalização ocorrido na Finlândia, país de origem da abordagem². Para além, o DA tem sido adotado em diversas partes do mundo, incluindo países da Europa, América do Norte, Austrália e América Latina. Essa expansão reflete o reconhecimento crescente da abordagem como uma alternativa viável ao modelo biomédico tradicional, que predomina em tratamentos na saúde mental³⁻⁵.

O forte questionamento sobre o modelo psiquiátrico baseado em psicofármacos e suas consequências – iatrogenias^{6vi} a médio e longo prazo causado pelo consumo destes medicamentos – revelam a necessidade de abordagens dialógicas e não focadas na medicação, como o DA⁷. Nos Estados Unidos, por exemplo, há evidências científicas que apontam uma epidemia, de causa iatrogênica, de transtornos mentais⁸. Para além, os estudos mostram que o uso indiscriminado e intenso de psicofármacos trouxe graves consequências de saúde nos EUA, como a perda de anos de vida e o aumento expressivo de pessoas dependentes de auxílio por incapacidade^{7,8}. Logo, a abordagem surge como alternativa ao modelo psiquiátrico medicamentoso ainda predominante. Não representando apenas uma nova abordagem à crise psicótica, mas uma forma original de organizar a saúde mental⁹.

Isso posto, vemos o fundamento do DA em sete princípios: ajuda imediata; inclusão da rede social; flexibilidade; responsabilidade; tolerância a incerteza; continuidade psicológica; e dialogismo^{2,4}. Com base nesses fundamentos, a abordagem promove um diálogo no qual todas as vozes são escutadas, valorizando as múltiplas perspectivas e narrativas. As reuniões ocorrem preferencialmente no domicílio do usuário, e possuem o diálogo como eixo estruturante¹⁰. No DA, o diálogo é a ferramenta central do tratamento, promovendo a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações. Por isso, o conhecimento é co-construído entre profissionais, usuário e rede social; a tomada de decisões ocorre de forma conjunta. Assim, o DA se mostra especialmente relevante em contextos em que se busca uma atenção psicossocial mais integrada e centrada na pessoa, e possui, como diretrizes, territorialização, desmedicalização e acolhimento da crise¹¹.

Desse modo, o presente artigo visa descrever a experiência de implantação do DA promovida no município de Divinópolis, no estado de Minas Gerais. No Brasil, apenas um estudo original realizado na cidade de Jaraguá do Sul (SC) relata experiência feita com o DA¹¹. Ademais, foi verificada uma matéria do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) relatando a experiência de implantação do DA no

^{vi} Iatrogenia: qualquer alteração patológica constatada num paciente decorrente de erro de conduta médica.

município de Carmo do Cajuru (MG)¹², sendo esta experiência registrada em um Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia¹³ e em uma dissertação de mestrado¹⁴. Em vista do exposto, o trabalho se justifica pela escassez de estudos com o DA no Brasil; pela escassez de formação profissional em DA, seja na esfera pública ou privada; pelo aumento do uso indiscriminado de psicofármacos¹⁵; e pela necessidade da aplicação e disseminação das abordagens inovadoras em saúde mental.

Metodologia

Este trabalho consiste em um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o processo de implantação e prática do DA no município de Divinópolis (MG). O município se localiza na microrregião Centro-Oeste do Estado estado de Minas Gerais e possui população estimada de 242.328 habitantes¹⁶.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Divinópolis é composta por cinquenta e uma equipes de Saúde da Família (ESF), quatro equipes de Atenção Primária (eAP), cinco equipes do Programa Saúde na Hora e uma equipe de consultório na rua (e-CR), totalizando sessenta e uma equipes de saúde credenciadas na APS e sete eMultis. Para além, a Rede conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); dois Serviços Residenciais Terapêuticos, um tipo I e um tipo II; uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA); um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), conhecido como Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM); um CAPS infantojuvenil (CAPS-ij); um CAPS Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III); um ambulatório de psiquiatria que funcionava no CAPS III e foi descentralizado para o Centro de Especialidades (Policlínica) no mesmo período de implantação do DA no município; e um Centro de Convivência e Cultura (CECO) inaugurado em 2024. Nessa perspectiva, o município de Divinópolis é referência para quatro municípios no atendimento a crises psíquicas: São Sebastião do Oeste, Araújos, São Gonçalo do Pará e Perdigoão¹⁷.

Para além, o território de Divinópolis conta com um Hospital Psiquiátrico desde 1980¹⁸, o qual realizou atendimentos de demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) até 2017, mesmo com o funcionamento do SERSAM no município – inaugurado em 1996 como CAPS II, sendo qualificado para CAPS III em 2008. Em vista disso, nota-se na cidade uma cultura medicalizante e de hospitalização, que pode refletir em estigmatização e desumanização do cuidado, contribuindo para a perpetuação de uma visão reducionista da saúde mental, que ignora as interações sociais e o contexto de vida dos sujeitos.

Implantação do Diálogo Aberto em Divinópolis (MG)

Em junho de 2022, a Atenção Especializada do município teve seu primeiro gerente de saúde mental, cargo pela primeira vez assumido na saúde pública do município. Essa gerência, buscando implementar abordagens inovadoras em saúde mental, elaborou projetos que participaram de um Edital de Verbas Pecuniárias, promovido pelo Fórum da Comarca, sendo contemplado em valor integral do projeto de implantação do DA.

Esse valor possibilitou a contratação de duas profissionais que ficaram exclusivas para a implantação e prática do DA na RAPS, durante seis meses. Após elaboração de processo seletivo específico para esse objetivo, foram contratadas uma enfermeira e, posteriormente, uma psicóloga para a assistência com o DA. A primeira contratação se deu quatro meses após o recebimento da verba, e a segunda contratação, cinco meses após. O gerente de saúde mental do município se encarregou de realizar as capacitações das profissionais e acompanhá-las na prática da abordagem nos primeiros meses de implantação. Dessa forma, o DA iniciou suas atividades em Divinópolis a partir de maio de 2023. Durante sua implementação, a RAPS foi orientada sobre

o início da prática do DA, tendo todos os dispositivos de saúde mental do município abertura para encaminhar usuários a serem acompanhados pela abordagem, principalmente os CAPS III, Ad III e infantojuvenil.

Como apresentado, os principais resultados do DA, em pesquisas realizadas na Finlândia, se referem a aplicação da abordagem em pessoas que apresentaram sintomas psicóticos, sendo preferencialmente realizado nos primeiros episódios de psicose, apesar da abordagem também ser aplicada em todos os casos de crise psíquica. Em Divinópolis, vemos a abordagem tendo um direcionamento inicial de aplicação nas primeiras crises psíquicas, e não somente psicóticas. Por esse motivo, nota-se que a equipe do DA foi acionada com maior frequência pelos profissionais do CAPS-ij, onde as primeiras crises psíquicas surgiam em maior número. Contudo, nota-se, também, encaminhamentos de usuários pelo CAPS III e o CAPS Ad III, apresentando resultados satisfatórios, como será relatado posteriormente.

Desde sua implantação, os serviços da RAPS encaminharam para o DA 75 usuários. Desses, 68 foram acompanhados pelo DA. Dos casos acompanhados, 21 são do sexo feminino, e 18 do sexo masculino – 29 não foram informados. Baseados na determinação de faixa etária do Brasil¹⁹⁻²¹, notamos grande predominância de acompanhados adolescentes e jovens – 25 usuários – dados que corroboram com diretrizes de 2020 da Organização Mundial da Saúde (OMS)²², as quais demonstram que, comumente, as primeiras crises psíquicas ocorrem na adolescência. Ademais, computamos quatro crianças, oito adultos e dois idosos – tendo 29 não informados quanto a idade.

Dos usuários acompanhados, 44 relataram melhora dos sinais e sintomas – três não relataram melhora, 21 não informaram. De todos os atendidos, 49 receberam alta do acompanhamento – 25 altas melhoradas, seis altas a pedido, quatorze altas por abandono e quatro não informadas. Dos 49 usuários em alta, dezoito relataram desprescrição e diminuição da medicação psicotrópica em uso – sete não diminuíram, um aumentou e 23 não informaram.

Dos usuários acompanhados, apenas em quatro situações não foram informadas queixas iniciais. A maioria apresentava mais de uma queixa inicial, assim, os dados a seguir não são acumulativos, e sim, transpostos. Dos 64 informados, vemos grande predominância em quadros de automutilação – quatorze usuários – e, em segundo, notamos quadros com sintomas depressivos – treze usuários. Dentro dessa ótica, percebe-se número significativo de quadros de Tentativa de Autoextermínio (TAE) – onze usuários – tendo também cinco pessoas apresentando Ideação de Autoextermínio (IAE). Em dois estudos^{23,24} de revisão sistemática de prevalência de transtornos mentais, verificamos informações que corroboram tais dados. Na faixa entre criança e adolescente, os estudos demonstram maior frequência de quadros depressivos, seguido de transtorno de ansiedade. Já os estudos referentes à faixa de adultos, atestam uma predominância de transtorno de ansiedade, seguida de estados fóbicos e depressivos.

Com relação à queixa inicial, alguns dos usuários trouxeram não sintomas, mas quadros com diagnósticos fechados – três com Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH); três com Transtorno Opositor Desafiador (TOD); um com Transtorno do Espectro Autista (TEA); um com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Desse modo, computaram-se onze queixas iniciais de agressividade; sete de ansiedade; três de fobia social; dois de crise de pânico; dois de agitação; dois de evasão escolar; e um de comportamento desafiador. Demarca-se também a ocorrência de Transtornos Alimentares – dois de bulimia e um de anorexia – e de transtornos referentes a uso de substâncias – sete usuários. Por fim, vemos três queixas iniciais referentes a psicose, porém, inúmeros usuários relataram sintomas e sinais psicóticos – doze relataram delírios, sete alucinações, e três relataram confusão mental e falas desconexas.

Os usuários encaminhados para o DA são acompanhados em conjunto com a equipe de referência do dispositivo que realizou o encaminhamento e a equipe do DA. Para além, reuniões de rede são realizadas entre

a equipe do DA e a equipe de referência, para discussão dos casos e melhor direcionamento dos mesmos, sempre respeitando um dos princípios basilares do DA, segundo o qual as decisões tomadas sobre o caso são realizadas nas reuniões do DA, não sendo realizados direcionamentos referentes ao caso em momentos em que o usuário e sua rede social/familiar não estão presentes. A equipe do DA e do dispositivo em questão discutem com o usuário e rede social/familiar alguma sugestão que, por ventura, tenha sido levantada nas reuniões de equipe.

Em seguida à possível estabilização do quadro, os casos são compartilhados com a Atenção Primária a Saúde (APS), que se encarrega da continuidade do cuidado, sendo orientada a entrar em contato com as equipes de referência de saúde mental a qualquer momento. Até o momento, as equipes da APS ainda não foram capacitadas quanto ao manejo com o DA, estando esta atividade na programação da gerência de saúde mental do município.

Após os primeiros seis meses de atividade da equipe do DA, e o término do incentivo de custeio da equipe advinda do Edital das Verbas Pecuniárias, em dezembro de 2022, a gerência de saúde mental, em conjunto com a equipe do DA, se reuniu com a Secretária Municipal de Saúde para apresentar os resultados preliminares da abordagem. Os indicadores demonstraram o custo-benefício do DA para o município, como a diminuição nos gastos com a permanência dos usuários dentro dos serviços, seja com alimentação, transporte e medicação, seja com o tempo dos profissionais, que pode ser investido em outras atividades, como matriciamento, ações territoriais, capacitação, entre outras. Além disso, notou-se satisfação dos familiares e usuários em receber uma abordagem tão diferente e humana de tratamento em saúde mental. A secretaria de saúde, ao analisar os resultados, decidiu manter a abordagem, agora com a manutenção da equipe sendo realizada com recursos financeiros do município.

Desse modo, a equipe do DA mantém suas atividades recebendo encaminhamentos dos dispositivos de saúde mental, e já identifica a necessidade de ampliação da equipe. É urgente a necessidade de gestores da saúde e saúde mental que conheçam a prática do DA e compreendam seus benefícios para a população e para os profissionais de saúde mental. Estudos^{25,26} demonstram que profissionais de saúde mental que trabalham e/ou tiveram capacitação para atuar com modelos de assistência mais humanizado, como o DA, exercem suas funções com maior satisfação e, conseqüentemente, podem apresentar menos sofrimento psíquico, menos exaustões mentais, menos absenteísmo e mais comprometimento com o trabalho exercido.

Considerações finais

A experiência com o DA no município mineiro de Divinópolis encontra-se em pleno processo de implementação e expansão de suas atividades. Este relato de experiência não dá conta das experiências vividas pela equipe e pelas transformações presenciadas e sentidas nas reuniões com o DA.

Os dados iniciais apresentam potencial para uma mudança paradigmática no cuidado em saúde mental. Evidenciam, embora em nível de relato de experiência, que o cuidado psiquiátrico vigente e preponderante pode se modificar e absorver as novas abordagens em saúde mental, principalmente o DA. A prática, embora iniciante, aponta para um cuidado territorial, não invasivo, em que se respeita os saberes dos usuários e familiares, e de continuidade terapêutica em que o usuário pode não se sentir sozinho em suas escolhas e decisões.

Assim, mais serviços de saúde mental podem e precisam se aproximar dessa abordagem em específico, pois ela sintetiza os anseios e desejos de toda uma classe de profissionais, usuários e familiares que acreditam e lutam por uma reforma psiquiátrica efetiva e democrática.

Referências

1. Kantorski LP, Cardano M. Diálogo aberto: um método para enfrentamento da psicose. *Expressa Extensão*. ISSN 2358-8195. 2017; 22(1):13-21.
2. Kantorski LP, Cardano M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde debate* | Rio de Janeiro. 2017; 41(112):23-32.
3. Villares CC. Pelos caminhos do diálogo aberto: reflexões sobre aprender, praticar e formar profissionais no contexto da saúde mental no Brasil. *Nova Perspectiva Sistêmica*. 2019; 28(65): 98-113.
4. Florence AC. A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências. *Revista Polis e Psique*. 2018; 8(1): 191-211.
5. Razzaque R, Wood L. Open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community Ment Health*. 2015; 51(8): 931-938
6. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [internet]. São Paulo: Editora Melhoramentos; 2025 [acesso em 2 fev 2025]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=iatrogenia>
7. Kantorski LP, Cardano M. O diálogo aberto e os desafios para sua implementação – análise a partir da revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(1): 229-246.
8. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
9. Freitas F, Amarante P. Medicalização em psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
10. Seikkula J. Il dialogo aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Roma: Giovani Fioriti Editore; 2014.
11. Dias MJF. Open dialogue: uma experiência no Brasil. *Diversitates Int J*. 2017; 09(3): 97-110.
12. Paula G. Diálogo aberto: o envolvimento da família e amigos no cuidado da saúde mental em Carmo do Cajuru-MG. Portal Conasems [internet]. 2021 [acesso em 3 fev 2025]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/reportagens-especiais/28_dialogo-aberto-o-envolvimento-da-familia-e-amigos-no-cuidado-da-saude-mental-em-carmo-do-cajuru-mg
13. Santomauro LS. Open Dialogue: história, princípios e experiências de implementação [tese]. Volta Redonda: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Fluminense; 2022.
14. Ramos, TM. Diálogo Aberto e intervenção na crise psíquica: estudo de caso em um CAPS [dissertação]. São João Del'rei: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São João Del Rei; 2024.
15. Schalleberger JB, Colet CF. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Trend in Psychiatry and Psychotherapy* [internet]. 2016 [acesso em 3 fev 2025]; 38(2): 63–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0041>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Brasileiro de 2022 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divinopolis/panorama>
17. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis (MG). Plano municipal de saúde 2022-2025. Divinópolis: Prefeitura Municipal de Divinópolis; 2023.
18. Machado RM, Carvalho APS, Nunes FDD, Resende KA, Oliveira SP, Ferreira TC. História da saúde mental de Divinópolis - MG. *R. Enferm. Cent. O. Min.* [internet]; 2013 [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: <https://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/228>
19. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [internet]. 1990 [acesso em 2 fev 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm#:~:text=Art.%20%C2%BA%20Considera%2Dse%20crian%C3%A7a,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico.
20. Brasil. Lei nº 12852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. 2013 [acesso em 3 fev 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm
21. Brasil. Lei nº 14423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões idoso e idosos pelas expressões pessoa idosa e pessoas idosas, respectivamente. 2022 [acesso em 2 fev 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art2

22. World Health Organization - WHO. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive [internet]. Geneva: 2020 [acesso em 3 fev 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents-hat.pdf>
23. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J bras psiquiatr* [internet]. 2014; 63(4): 360–72. Doi: <https://doi.10.1590/0047-2085000000046>
24. Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J bras psiquiatr* [internet]. 2010 [acesso em 3 fev 2025]; 59(3): 238–46. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
25. Skourteli MC, Issari P, Dimou L, Antonopoulou AOA, Bairami G, Stefanidou A, Kouroglou V, Stylianidis S. The introduction and implementation of open dialogue in a day center in Athens. *Front. Psychol* [internet] 2023; 14:1074203. Doi: 10.3389/fpsyg.2023.1074203
26. Cho S, Cho YH, Noh JS, Jeong SK, Kim SK, Kim S. Introducing Open Dialogue as part of the WHO QualityRights Project in South Korea: experiences and opinions from an introductory workshop and 1-year pilot practice. *Front. Psychol* [internet] 2024; 15:1426122. Doi: 10.3389/fpsyg.2024.1426122

ARTIGO

Dispositivos de Gestão Autônoma do Cuidado, Integralidade e Autonomia

A strategy for comprehensive healthcare, expanding care capacity and autonomy

Eduardo Caron^I, Deivisson Dantas Vianna dos Santos^{II}, Túlio Batista Franco^{III}, Laura Camargo Macruz Feuerwerker^{IV}, Aldo Pacheco Ferreira^V, Marcos Besserman Vianna^{VI}, Carlos Cesar David de Carvalho^{VII}, Clarissa Viola Dutra^{VIII}, Renata Candido de Andrade Ortega^{IX}, Bethania do Carmo Caetano da Silva^X, Erika Dutra de Araujo^{XI}, Monyque Evans Sousa Lima^{XII}, Eduardo Kenji Futema Honji^{XIII}, Lucas Ferraz da Silva^{XIV}, Sabrina Stefanello^{XV}

Resumo

Este estudo visa a sistematização de linhas metodológicas da Gestão Autônoma do Cuidado, uma estratégia de cuidado não medicalizado em saúde integral e mental, baseada em práticas de compartilhamento de cuidado e de experiências que favorecem o deslocamento da subalternização dos usuários e das relações de saber disciplinar em saúde, a produção de grupalidade e redes de vinculamento e a ampliação de autonomia coletiva. Essa reflexão foi baseada em pesquisas e projetos de extensão com ações presenciais e online, envolvendo profissionais e usuários de mais de trinta serviços de saúde mental adulto, infantojuvenil, álcool e drogas e na atenção primária, realizados por meio de abordagem cartográfica participativa, na perspectiva da Análise Institucional e do Ator-Rede. Esses processos produziram mudanças nas relações em saúde, diminuição do uso de medicamentos,

^I Eduardo Caron (mifunecaron@gmail.com) é psicólogo, doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

^{II} Deivisson Vianna Dantas dos Santos (deivianna@gmail.com) é médico, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

^{III} Túlio Batista Franco (tuliofranco@id.uff.br) é psicólogo, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

^{IV} Laura Camargo Macruz Feuerwerker (laura.macruz@gmail.com) é médica, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

^V Aldo Pacheco Ferreira (aldo.ferreira@fiocruz.br) é biólogo, Mestre e Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

^{VI} Marcos Besserman Vianna (marcosbeserman@gmail.com) é médico, Mestre pela Fiocruz e Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

^{VII} Carlos Cesar David de Carvalho (ccdcarvalho@gmail.com) é médico, Mestre em Atenção Psicossocial pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Psiquiatra na Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^{VIII} Clarissa Viola Dutra (clarissavdutra@gmail.com) é psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Psicóloga na Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^{IX} Renata Candido de Andrade Ortega (rcandidoandrade@uol.com.br) é médica, Doutora em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo (USP), Psiquiatria (IPUB) na Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^X Bethania do Carmo Caetano da Silva (bethaniacaetano257@gmail.com) é assistente Social, Mestre em Atenção Psicossocial pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde do Carmo.

^{XI} Erika Dutra de Araujo (erikadutraraújo@gmail.com) é psicóloga no Deambulatório da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

^{XII} Monyque Evans Sousa Lima (to.monyquelima@gmail.com) é terapeuta Ocupacional no Deambulatório da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

^{XIII} Eduardo Kenji Futema Honji (kenji.honji@gmail.com) é psicólogo, Mestre em Estudos Culturais pela Universidade de São Paulo (USP), Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

^{XIV} Lucas Ferraz da Silva (lucasferrazmed@gmail.com) é médico na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

^{XV} Sabrina Stefanello (bonastefanello@gmail.com) é médica psiquiatra, doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

a criação de redes de cuidado compartilhado entre participantes e nos territórios, com impacto nas condutas dos profissionais, na formação de trabalhadores e de acadêmicos na área da saúde.

Palavras-chave: Autonomia. Medicalização. Integralidade.

Abstract

This study aims to systematize methodological lines of Collective Autonomous Care, a non-medicalized care strategy based on practices of experiences and care sharing that favor the displacement of users' subordination to disciplinary knowledge relations in health, the production of bonding networks, and the expansion of collective autonomy. The study includes research and extension projects with in-person and online actions involving professionals and users from more than thirty adult, child and adolescent mental health, alcohol & drug and primary care services. The study adopts a participatory cartographic approach from the perspective of Institutional Analysis and Actor-Network Theory. These processes have produced changes in health relations, a decrease in the use of medications, and the creation of shared care networks among participants and in the territories, with an impact on the conduct of professionals and the training of workers and academics in the health field.

Keywords: Autonomy. Medicalization. Integrality.

Introdução

Este estudo visa a sistematização teórico-técnica de linhas metodológicas e a definição de um campo prioritário de cuidado não medicalizado, com o intuito de ampliar a autonomia coletiva entre usuários e profissionais em serviços da rede de atenção psicossocial e da atenção primária em saúde e construir ações e práticas participativas de cuidado, denominadas Gestão Autônoma do Cuidado.

As experiências que constituem o processo de sistematização das linhas metodológicas aqui apresentadas foram gestadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um sistema de saúde pública que tem realizado uma avançada reforma em saúde mental pautada nos direitos humanos contra toda forma de estigma, violência e subalternização das pessoas necessitadas de cuidado. Essa plataforma ético-política do SUS, orienta a construção de estratégias de cuidado que privilegiam a constituição de redes de atenção e de vinculação dos sujeitos, territórios e comunidades, numa perspectiva ampliada, interdisciplinar e multiprofissional. Assim, práticas de Gestão Autônoma do Cuidado fortalecem essas diretrizes da saúde coletiva e da reforma anti-manicomial, visando superar as barreiras instituídas pelos modelos medicalizados que colonizam os sistemas de saúde.

Tais práticas visam interferir criticamente num contexto da saúde pública marcado pela: 1) centralidade da medicação e da atenção prescritiva¹; 2) separação entre a assistência individual e as ações coletivas territoriais²; e 3) vulnerabilização da saúde e da vida produzida por violação de direitos humanos de grupos sociais subalternizados. Os dispositivos coletivos de cuidado que iremos tratar aqui operam nesses três eixos problemáticos. A partir do compartilhamento de experiências de trabalhadores e usuários de serviços públicos de saúde mental e da APS, apresentamos referenciais metodológicos para a construção de dispositivos de ampliação de autonomia e cuidado integral, fundados na defesa da dignidade e no poder de contratualidade das pessoas usuárias, como participantes dos seus processos de cuidado. Essa é uma estratégia que prioriza o cuidado e desloca a centralidade do medicamento e das disciplinas profissionais, e coloca em questão a medicalização das práticas em saúde.

A atenção prescritiva centrada na doença reforça a fragmentação do cuidado, culmina na prescrição de fármacos e procedimentos segundo as especialidades clínicas cada vez mais distantes da dimensão integral da saúde. A participação de usuários no processo de cuidado é reduzida, e limita-se à capacidade de resposta

dos profissionais às necessidades complexas dos usuários. Essa limitação é enfrentada tanto pelas equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado de doenças crônicas e depressão, quanto na atenção especializada em saúde mental, pois, apesar da prescrição massiva de medicamentos para controle de sintomas, as vulnerabilidades persistem e a qualidade de vida é limitada².

Dessa forma, as políticas e práticas de saúde são convocadas a enfrentar a violação de direitos humanos de modo amplo e complexo, pois se somam ao combate às opressões de gênero contra mulheres e pessoas LGBTQIAPN+, ao racismo, a estigmas de classe, étnicos e contra pessoas usuárias de substâncias psicoativas, e principalmente contra jovens e adolescentes negros, pessoas idosas e crianças. A medicalização da saúde e da vida produz parâmetros de normalidade e categorização de déficits de capacidades – físicas, mentais, sensoriais e cognitivas – marcadores do capacitismo contra pessoas com deficiências e estigma manicomial. A complexidade do problema inclui o enfrentamento das condições de subalternização e coerções transversais presentes nas relações em saúde, que produzem descuido e iniquidades nos serviços, vulnerabilizando pessoas e grupos sociais.

Vale lembrar que a constituição histórica de um sistema único de saúde no Brasil visava a unificação entre a assistência individual – centralizada pelo sistema previdenciário – e a saúde pública – baseada nos postos de saúde. Essa visão unificadora constitui um fundamento da Saúde Coletiva. Embora muitos avanços tenham sido realizados, essa vocação do SUS tem sido obstaculizada pela medicalização, privatização da rede pública e contratos de produção baseados no modelo individualizante de atenção que separa prevenção e promoção da assistência e reabilitação. A Gestão Autônoma do Cuidado é uma estratégia interdisciplinar, de cuidado integral, que busca superar a cisão entre ações individuais e coletivas baseada em duas questões: como integrar o cuidado da saúde de si, dos outros e da comunidade? Como ampliar autonomia e cuidado coletivamente?

Construir dispositivos de ampliação de autonomia e cuidado compartilhado aposta na integralidade e indica mudanças necessárias nas práticas em saúde mental e integral, especialmente na valorização da experiência das pessoas usuárias, para que as principais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa³.

Metodologia

O presente estudo foi realizado com a participação de pessoas usuárias, trabalhadores e acadêmicos em projetos de pesquisa e de extensão realizados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF) e Programa INOVA Fiocruz, que envolveram trinta serviços de saúde integrantes desses projetos em quatorze municípios e cinco unidades federativas, entre os anos de 2020 e 2024.

Esses projetos tiveram como ponto de partida um convite a experimentações de intervenções nos serviços, com o objetivo da ampliação de autonomia e participação das pessoas usuárias nos processos de cuidado, nas decisões e na gestão do uso de medicamentos.

Essas experimentações foram realizadas por meio dos seguintes componentes:

- 1) Encontros semanais presenciais de Grupos de Gestão Autônoma do Cuidado (GAC) e da Medicação (GAM) em cada serviço, com pessoas usuárias, trabalhadores e acadêmicos, de 2022 a 2024.
- 2) Encontros online mensais de Apoio e Compartilhamento de práticas de GAC e GAM locais com trabalhadores, usuários e acadêmicos com participantes dos estados de SP, RJ, MG, PE e BA, de 2021 a 2024.
- 3) Encontros presenciais de Educação Permanente em Saúde (EPS) em unidades de saúde da atenção primária e CAPS adulto, AD e IJ em SP e RJ, de 2022 a 2024.

- 4) Dois Cursos de Extensão online, de abrangência nacional, pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFF, em 2020 e 2023.
- 5) Dois Cursos de Extensão presenciais realizados em unidades de APS em SP e RJ, em parceria com o Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2023.
- 6) Quatro Fóruns Nacionais de Compartilhamento de Práticas sobre os temas: a) Saúde Mental Adulto, em 2022 e 2024; b) Cuidado em Álcool e Drogas e Redução de Danos, em 2024 e c) Gênero e Raça, em 2024.
- 7) A partir de 2022, em pesquisa Inova Fiocruz, foi construído um guia experimental de Gestão Autônoma do Cuidado (GAC) – com questões e temas sobre a saúde integral, a vida e o território, submetido a grupos com usuários e trabalhadores em serviços de saúde mental e em unidades de atenção básica. Na primeira etapa da pesquisa, os grupos utilizaram o Guia GAM, focado na saúde mental e nos psicofármacos, e fizeram alterações para o novo Guia GAC, adaptado para a saúde integral. Na segunda etapa, um protótipo do novo guia GAC foi submetido a grupos, que fizeram novas alterações para chegar à versão final.

As diretrizes da realização desses encontros e dispositivos foram:

- 1) Todo encontro consistia no compartilhamento de experiências, evitando-se o debate de opinião, ideias abstratas e julgamento;
- 2) Todos os integrantes se colocavam em relação de lateralidade, evitando qualquer relação de orientação, condução, prescrição, interpretação e resposta;
- 3) Os encontros eram realizados com caráter cogestivo, com a premissa de que a pessoa integrante tem poder de contratualidade nas definições, seja do seu processo de trabalho, seja no seu projeto de cuidado;
- 4) Foi sugerido como instrumentos de apoio às atividades o uso de guias (manuais impressos) GAM ou o Guia GAC;
- 5) Os encontros presenciais foram registrados em diários de campo. Os encontros online dos cursos e projetos de extensão foram gravados e publicados em um canal do youtube.

A análise foi realizada nos encontros online mensais de Apoio, segundo o método de Análise Institucional.

As pesquisas foram aprovadas por Comitês de Ética (60506322.6.3001.5279; 61322122.3.3001.0086; 79167124.6.0000.5243). Na Atenção Primária em Saúde, foi realizada pelo Programa Inova Fiocruz.

Abrangência das intervenções de gestão autônoma em diferentes campos de cuidado

O Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), adaptado à realidade brasileira⁴, deu grande impulso às ações pela ampliação de autonomia em saúde mental em diferentes cenários da rede de atenção psicossocial^{5,6}, incluindo o infantojuvenil, álcool e drogas e Atenção Primária, distinguindo-se do Guia GAM original canadense, exclusivamente voltado para a retirada da medicação em saúde mental de adultos.

A partir de 2024, o Guia Gestão Autônoma do Cuidado tem sido utilizado em ações voltadas para o aumento da participação dos usuários nos processos de cuidado, deslocamento da centralidade da medicação, e ampliação de autonomia na vida no contexto da saúde integral, incluindo a saúde mental. Esse guia GAC não especifica nenhum tipo de medicamento.

Na atenção primária, os grupos de Gestão Autônoma do Cuidado (GAC) foram heterogêneos, com participantes usuários de medicação ou não de qualquer tipo, inclusive psiquiátrica. Uma diversidade de necessidades de cuidado, assuntos e problemas foi compartilhada, envolvendo múltiplas questões ligadas às relações em saúde, tais como: falta de atenção e de resolutividade, resistência ao excesso de medicamentos, assim como questões sobre racismo e preconceitos sociais, álcool e drogas e sofrimentos mentais. Múltiplas experiências

e necessidades em saúde puderam ser compartilhadas em encontros nos quais as pessoas participantes testemunharam um aumento do bem-estar, do autocuidado, redução do uso de medicamentos para dores crônicas e de psicofármacos, inclusive acompanhamento de pré-natal de alto risco e envolvimento de participantes em ações territoriais e comunitárias. Essa multiplicidade de experimentações constitui uma contribuição para o desenvolvimento de abordagens de desmedicalização, tendo a integralidade e a ampliação de autonomia coletiva como o núcleo estratégico.

Na atenção em saúde mental de adultos (CAPS e Ambulatórios), a prescrição e o uso da medicação constituem um problema complexo sendo que, muitas vezes, a equipe se opõe às resistências das pessoas usuárias ao uso de psicofármacos e às suas experiências psíquicas e sociais. Nas práticas de gestão autônoma, ao contrário da neutralização da experiência – objetivo da prescrição de medicamento – há uma escuta integral e respeito às experiências, o que favorece o deslocamento das relações de subalternização e manicomialização das pessoas usuárias. As relações medicalizadas se superpõem a vulnerabilizações interseccionais e condicionam à noção de déficit de capacidade que inferioriza as pessoas usuárias.

A gestão autônoma instaura um dispositivo coletivo de respeito à dignidade e aos direitos humanos, na medida em que aumenta o vínculo, a comunicação, a participação, a auto-observação, o compartilhamento, a escuta coletiva, e o poder de contratualidade, o que facilita o aumento da autonomia coletiva. Nesse processo, são criadas possibilidades de maior interferência das pessoas na prescrição e maior diálogo entre profissionais e pessoas usuárias, desestabilizando o modelo de atenção habitual. As práticas de gestão autônoma criam uma rede grupal de vinculações que funciona como continente coletivo, capaz de realizar a contenção de crises.

Nos grupos de gestão autônoma no cuidado em saúde mental infantojuvenil, as crianças e adolescentes se reconhecem como interlocutores válidos, o que desestabiliza a conduta tutelar dominante que coloca crianças e adolescentes em posição de inferioridade, déficit de capacidades e menor validade⁷. Algumas vezes, responsáveis têm participado junto com as crianças, outras vezes, em grupos separados. A participação de mães e pais tem favorecido mudanças relacionais nos núcleos familiares, vinculações e ações de cuidado entre adultos envolvidos no grupo.

O aumento da comunicabilidade e da afetividade se expressa em ações de cuidado entre crianças e adolescentes, que passam a intervir diretamente como protagonistas de ações de acolhimento, escuta e mediação de momentos críticos, bem como nas ações coletivas, realização de festas, saídas para praças e outros espaços públicos, compartilhamento de experiências sobre sexualidade, gênero, *bullying* e relações familiares.

Nos serviços de cuidado no campo AD e RD – Álcool e outras Drogas e Redução de Danos – frequentemente os usuários são medicados e a experiência de adição ao uso de medicamentos é recorrente, além da preocupação pelo uso combinado com outras drogas, que redundam em ocorrências danosas, traumatismos, ferimentos graves e, inclusive, o óbito. Nos grupos de gestão autônoma do cuidado, os usuários deixam de ser objeto de vigilância do uso e encontram um espaço para compartilhar experiências em relação a psicofármacos e outras substâncias, e também experiências de vida que frequentemente envolvem situações de grande vulnerabilidade, situações em que se sobrepõem relações interseccionais de raça, gênero, classe e onde existem vulnerabilizações territoriais, e ambientais. Nos dispositivos de gestão autônoma do cuidado, aumentam-se as possibilidades de autonomia coletiva, isto é, ocorre a ampliação de possibilidades de relação entre os usuários, entre usuários e profissionais, e entre profissionais das equipes, direta ou indiretamente envolvidos. Nesses grupos, também cresce a participação nas relações de cuidado, inclusive em ações no território, e instauram-se novos modos de convivência e de cuidado. Consideramos os efeitos dessas ações e modos de convivência, redutores de danos⁸.

Dimensões da Rede de Cuidado Compartilhado

Nas práticas de Gestão Autônoma do Cuidado não se pretende fazer uma assistência individual. Em todos os grupos, ocorre o aumento do autocuidado e do cuidado coletivo. O cuidado individual acontece integrado na ação coletiva em saúde. A estratégia Gestão Autônoma do Cuidado se opõe a reduzir o cuidado em saúde ao modelo da assistência individual, centrado no profissional, nos saberes disciplinares e na relação de subalternização das pessoas usuárias. Nesses grupos, ocorre um modo coletivo de cuidado baseado em um protagonismo distribuído entre as pessoas, no compartilhamento de experiência sem julgamentos, e no deslocamento dos saberes pré-estruturados das disciplinas da saúde e do profissional, a uma relação de maior lateralidade entre as pessoas envolvidas e de maior abertura às experiências de todos os participantes.

Ao mesmo tempo, as práticas de gestão autônoma do cuidado se orientam pela ampliação da autonomia, de modo que o sujeito envolvido da ação de cuidado participe de todo o processo de cuidado: da decisão, da produção e da avaliação dos procedimentos clínicos. Nas práticas de gestão autônoma, o cuidado precede a clínica. Ocorre uma inversão do modelo de atenção habitual centrado nos diagnósticos, nas patologias e nos saberes profissionais. Esses saberes são recursos valorizados secundariamente em decorrência do cuidado, e não ocupam o centro.

A lógica que orienta as práticas de gestão autônoma do cuidado parte da instauração do cuidado em primeiro lugar. O cuidado em si precede a clínica, isto é, a gestão autônoma é uma estratégia de ampliação da capacidade de cuidar de si, das pessoas, de outros seres e ambientes, de processos cotidianos, da saúde e da vida, uma capacidade de cuidar que emerge na prática coletiva e autonômica.

A base da estratégia foi a constituição e a ampliação de Rede de Cuidado Compartilhado em quatro dimensões: a) Rede Grupal de Cuidado Coletivo, composta pelas pessoas participantes dos grupos em cada serviço ou território. b) Rede Interna ao Serviço de saúde a que o grupo está vinculado. c) Rede de Cuidado Compartilhado em saúde mental da RAPS no território. d) Rede Territorial, com atores e redes de apoio nos territórios.

A Rede Grupal de Cuidado Coletivo se define como rede de vinculações afetiva de agenciamento coletivo. Evita-se o modelo habitual de grupo referenciado ao técnico de referência, centralizado no profissional. A Rede Grupal, constituída pelo compartilhamento de experiência, não tem a finalidade de responder às questões, concluir ou construir um enunciado consensual, e nela valoriza-se a convivência de experiências heterogêneas. Essa Rede Grupal funciona como um dispositivo coletivo de atenção e cuidado às necessidades em saúde integral e mental, fortalecendo e ampliando a capacidade de cuidado de si e dos outros entre os integrantes da rede grupal. Esse dispositivo é necessariamente de gestão coletiva, no qual os profissionais ocupam um lugar lado a lado como participantes do grupo, e não detém a prerrogativa da escuta. Dessa forma, o dispositivo constitui um espaço de escuta distribuída, favorecendo a ampliação da capacidade de escuta dos participantes da rede grupal.

Nos vários serviços e com diferentes públicos, tais práticas grupais têm produzido efeitos como mudanças de perspectiva, de modos de ser no cotidiano, de relação e de observação de si e da saúde. Muitas dessas experiências foram compartilhadas ao vivo pelo youtube e estão publicamente disponíveis⁹. Essa rede de cuidado e escuta distribuída é uma rede de sustentação com função de continente capaz de conter a experiência psíquica, emocional e afetiva compartilhada. Essa função de contenção da experiência pela rede afetiva estabiliza situações de crise ou surto e diminui a necessidade de contenção neuroquímica e física.

A rede grupal de cogestão tem se mostrado, desde as primeiras experiências de Gestão Autônoma da Medicação, em 2008, uma prática de convivência que favorece o protagonismo das pessoas participantes. As pesquisas atuais têm mostrado que esta rede grupal interfere nas relações com as equipes dos serviços, aumentando o diálogo entre usuários e profissionais, bem como entre profissionais da equipe. Essa rede também

tem efeitos no território: pessoas usuárias passam a marcar encontros, participar de atividades e ofertas do território, oferecem cuidado e apoio a outras pessoas, como aulas de crochê ou aulas particulares para filhos de participantes do grupo. Alguns grupos são realizados em Centros de Convivência, associações e espaços públicos, aumentando as possibilidades de vida comunitária devido à criação e a ampliação de rede de relações.

Esses grupos também se caracterizam como um espaço de cuidado e conhecimento. Ao mesmo tempo em que as pessoas participantes engendram um processo coletivo de cuidado efetivo, ocorre um processo de ampliação de visão, de reposicionamento e mudança de perspectiva. Os grupos se interessam por conhecer e investigar temas e as experiências compartilhadas, e têm grande impacto na formação das equipes e estagiários da área da saúde. Grupos de gestão autônoma foram implementados como estratégia de formação para equipes ESF com seis a oito profissionais por grupo com pessoas usuárias¹⁰.

A constituição de redes de conversação internas nos serviços é um efeito da sensibilização de profissionais que participam dos grupos, do protagonismo das pessoas usuárias e do aumento da comunicação entre o público e as equipes, e entre profissionais, influenciando processos de trabalho. Geralmente, os serviços são muito voltados para sua dinâmica interna, limitando o cuidado compartilhado entre serviços da RAPS. A visibilidade e efetividade das ações da gestão autônoma do cuidado e a ampliação da rede de conversação e sensibilização de profissionais, favorece o cuidado compartilhado em rede no território.

Linhas instituintes da Gestão Autônoma do Cuidado

Nas práticas de gestão autônoma, o saber profissional, deslocado do centro para a periferia, deixa de concentrar poder e se dilui no coletivo. Cotidianamente, os profissionais respondem a questões dos usuários, interpretam com rapidez diagnósticos, fazem análises de situação e derivam propostas de ação individuais ou coletivas às demandas dos serviços. Mesmo quando é realizada uma atividade coletiva, o lugar de saber profissional é uma referência da conduta. A vinculação dos usuários com o serviço passa pela vinculação com o técnico de referência.

No grupo de gestão autônoma, o profissional sai do lugar de referência. O grupo não é do profissional. O grupo pertence às pessoas que o compõem. É uma relação recíproca de pertencimento. O profissional participa do dispositivo no lugar de mediador, seu lugar é na Rede Grupal de Cuidado Coletivo, na sustentação da rede de conexão. Em um dos grupos de gestão autônoma do cuidado realizados nesse projeto, o papel dos profissionais foi definido assim: “os profissionais seguram o teto pra casa não cair”.

A vinculação afetiva na rede grupal ocorre pelo compartilhamento de experiências. A experiência compartilhada é o meio pelo qual o dispositivo acontece. Ser afetado pelas experiências narradas produz uma diminuição do auto-centramento e do sofrimento. “Comecei escutar os outros e os meus problemas diminuíram”. O papel do mediador é preservar o espaço da experiência que pode ser prejudicado por formas discursivas como o debate de opiniões, explicações, ideais, generalidades etc.

A ampliação da participação no processo de cuidado, o aumento da capacidade cuidadora de usuários e profissionais, pode ser visto como um efeito da multiplicidade de experiências e da heterogeneidade de relações, modos de ser, agir, sentir e pensar que estão em comunicação na rede de gestão autônoma do cuidado. Um efeito muito comum da auto-observação e da prática de narrar a própria experiência no grupo é a ampliação da capacidade de expressão, o que contribui para a melhoria da comunicação entre pessoas usuárias e profissionais em outras situações de assistência. A participação na rede de afetos interpessoais e a comunicação horizontal existentes na gestão autônoma do cuidado também aumentam as possibilidades existenciais no cotidiano e de convivência no território.

Na Gestão Autônoma do Cuidado, a prática da cogestão é incentivada de modo muito diferente de uma assembleia, de uma roda de conversa ou de um conselho gestor. Diferentemente das assembleias, em que se decide algo conjuntamente, ou das rodas de construção de consensos e pactuações, na gestão autônoma do cuidado a mediação busca facilitar o encontro e compartilhamento de diferenças, sem visar nenhuma decisão, pacto ou mensagem homogênea. Cada encontro é singular e se move com todas as diferenças e singularidades que o compõe. Os profissionais têm muitas dificuldades devido à conduta habitual de fazer combinados e regras. Na gestão autônoma do cuidado, qualquer desvio é bem-vindo e motivo de atenção. A conduta de cogestão é receptiva às disjunções e contradições. Pratica-se a cogestão como convivência de diversidades, valorização de diferenças e heterogeneidade.

A gestão autônoma do cuidado não se orienta para responder, mas para compartilhar questões e distribuir a fala e a escuta. Evita-se homogeneizar, reduzir um problema ou chegar a uma conclusão. Percebe-se rapidamente que as explicações que possam surgir são relativas, e variam de uma pessoa para outra no grupo, e de um encontro para outro. Diferentemente das condutas habituais, na gestão autônoma do cuidado evita-se construir um modelo referencial universal do que é certo e saudável e do que é errado e insalubre. Evita-se a ideia de que existe um modo certo de sentir, pensar, viver e cuidar. Visa-se realizar uma mediação que facilita o acolhimento da diversidade e complexidade das experiências e favorece a convivência e a abertura.

Dessa forma, tanto práticas de cuidados tradicionais, como outras práticas executadas em outros espaços, como, por exemplo, os espaços religiosos, enquanto experiências compartilhadas no grupo, são legitimadas e reconhecidas, intensificando a interculturalidade dos serviços: *“tive um câncer e fui curada! Fiz tratamento e tomei as bênçãos e garrafadas que me curaram!”* Como vimos, o papel da mediação é promover o compartilhamento de experiências sem julgamento e, desse modo, observar a complexidade das situações, sem justificar nem enquadrar num esquema ou modelo referencial.

Com a participação direta de equipes e pessoas usuárias de mais de vinte serviços em SP, RJ, MG e PE em 2025, foi elaborado um novo Guia da Gestão Autônoma do Cuidado que, além das questões comuns ao campo da saúde integral e mental, inclui temas de raça, gênero e partes específicas dedicadas ao cuidado em saúde mental infantojuvenil e Álcool e outras Drogas. Este novo guia é um instrumento que contém questões facilitadoras voltadas para a constituição de redes de cuidado compartilhado.

Considerações finais

As práticas de Gestão Autônoma do Cuidado confirmam o campo ético-político da Saúde Coletiva e da Reforma Antimanicomial, e oferecem meios hábeis de realização de redes de cuidado compartilhado, desmedicalizado participativo e de cogestão – com efetividade verificada por inúmeras pesquisas em diversas realidades socioculturais brasileiras – que superam a separação entre assistência individual e ação comunitária e deslocam a prescrição e o profissional do centro dos processos de cuidado.

Essas novas práticas de gestão autônoma de cuidado, balizadas por experiências já realizadas, favorecem uma lógica do cuidado não medicalizado e podem contribuir para a descolonização do modelo de atenção, cada vez mais mercantilizado, tecnologicizado e em processo de digitalização global da vida em dados. A valorização das múltiplas experiências de vida e cultura locais e tradicionais, dos vínculos comunitários, da autonomia e autodeterminação como exercício de direitos humanos, dignidade e diversidade são aspectos da Gestão Autônoma do Cuidado que situam as suas práticas numa perspectiva contracolonial e desmedicalizante da qual a Saúde Coletiva e a Reforma Antimanicomial fazem parte.

A Gestão Autônoma do Cuidado é um dispositivo em que conhecer e cuidar são um mesmo processo. A indagação facilita a atenção, a escuta coletiva, se colocar disponível para o outro, para outros modos de ver, sentir e pensar, para uma abertura. O dispositivo amplia a capacidade de cuidado na medida em que se abre para o processo de conhecimento, o que envolve olhar para a própria experiência e para a de quem está lado a lado, sem pré-julgamento de valor. A ampliação da capacidade coletiva de cuidado implica um processo construtivo de conhecimento em que o lugar de mediador é mais o de indagar, perguntar e facilitar o desejo de conhecer, do que o de afirmar um certo modelo de saúde pré-concebido.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
2. Organização Pan-Americana da Saúde. As funções essenciais de saúde pública nas Américas. Uma renovação para o século 21. OPAS, 2021 ISBN: 978-92-75-72265-7 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55678/9789275722657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Campos RTO, Passos E, Palombini A de L, Santos DVD dos, Stefanello S, Gonçalves LLM, et al.. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013Oct;18(10):2889–98. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
4. Campos RTO, Palombini A de L, Silva A do E, Passos E, Leal EM, Serpa Júnior OD de, et al.. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012Oct;16(43):967–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>
5. Caron E, Feuerwerker LCM. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. *Saude soc* [Internet]. 2019Oct;28(4):14–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>
6. Santos, D. V. D. dos ., Federhen, C., Silva, T. A. da ., Santos, I. R. dos ., Levino, C. de A., Onocko-Campos, R. T., & Stefanello, S.. (2020). A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). *Saúde Em Debate*, 44(spe3), 170–183. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E315>
7. Gonçalves LG, Caliman LV, César JM. Participação Infantil no Cuidado em Saúde Mental: Um Grupo GAM no CAPSi. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2021;41:e223921. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003223921>
8. Caron E, Feuerwerker LCM, Passos, EH. GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD. *Rev. Polis Psique* [online]. 2020, vol.10, n.2 [citado 2025-03-06], pp.99-121. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103408>.
9. Canal Gestão Autônoma do Cuidado, da Vida e da Medicação [https://www.youtube.com/@gestaoautonomadamedicacao9334/streams](https://www.youtube.com/@gestaoautonomadamedicacao9334/)
10. Silva BCC, Ventura FXC, Caron E. Formação em Saúde, Fortalecimento de Redes e Cuidado Compartilhado com Trabalhadores e Usuários. *IdeiaSUS Fiocruz*. Disponível em <https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/formacao-em-saude-fortalecimento-de-redes-e-cuidado-compartilhado-com-trabalhadores-e-usuarios/>

ARTIGO

O manejo de pessoas com comportamento suicida pela Rede de Atenção Psicossocial de Curitiba

The management of people with suicidal behavior by the Curitiba Psychosocial Care Network

Michel Morrone Proença^I, Diego Arrebola Rubin de Celis Camargo^{II}, Deivisson Vianna Dantas dos Santos^{III},
Sabrina Stefanello^{IV}

Resumo

Tratou-se de um estudo qualitativo e exploratório, com o objetivo de investigar o manejo de pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Curitiba. Na **introdução**, a pesquisa aborda o aumento significativo dos índices de suicídio no Brasil, em contraste com a tendência global de redução, problematizando diferentes abordagens de cuidado. Como **metodologia**, foram utilizadas entrevistas abertas com profissionais e usuários dos serviços de saúde, inseridos em Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde de Curitiba. Todos os dados obtidos foram integralmente transcritos e analisados tendo como referencial a hermenêutica-gadameriana. Os **resultados** revelaram a importância do estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde para a manutenção do acompanhamento. Além disso, o uso de medicamento apareceu como grande ferramenta por parte dos profissionais, a ausência de inclusão da pessoa nas decisões sobre seu cuidado e pouca consideração de seu entorno. Como **conclusão**, tais estratégias centradas no vínculo são importantes para se evitar a lógica medicalizadora, que permeia o manejo atualmente, porém, também insuficientes quando se pensa em sua dimensão social.

Palavras-chave: Suicídio; Intervenção psicossocial; Saúde mental.

Abstract

This qualitative and exploratory study investigated how people with suicidal behavior are taken care in the Psychosocial Care Network (RAPS) of Curitiba. In the **introduction**, the research addresses the significant increase in suicide rates in Brazil in contrast to the global trend of reduction, problematizing different approaches to care. The **methodology** used was open interviews with professionals and users of health services, inserted in Psychosocial Care Centers and Basic Health Units in Curitiba. All data obtained were fully transcribed and

^I Michel Morrone Proença (michel.proenca@ufpr.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR), onde participa do projeto de pesquisa A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde. Foi ligante da Liga Acadêmica de Semiologia (LASEM) e da Liga Acadêmica de Psiquiatria (LAPSI), e atualmente é ligante da Liga de Neurologia (NEUROLIGA) da UFPR.

^{II} Diego Arrebola Rubin de Celis Camargo (diego.celis@ufpr.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

^{III} Deivisson Vianna Dantas dos Santos (deivianna@gmail.com) é médico psiquiatra, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com período sandwich na Université de Montréal (UnM). Atualmente é docente adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pró-reitor da Rede Nacional PROSAUDE de mestrados profissionais em saúde da família, conselheiro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pesquisador permanente dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde da Família da UFPR.

^{IV} Sabrina Stefanello (binastefanello@gmail.com) é médica psiquiatra, mestre e doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde realizou pós-doutorado em Saúde Coletiva. Pós-doutorado no Departamento de Artes e Ciências Sociais da Universidade de Montreal (Québec-Canadá). Atua como professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPR (mestrado em rede da Fiocruz e ABRASCO), professora permanente do Mestrado em Saúde Coletiva da UFPR.

analyzed using Gadamer's hermeneutics as a reference. The **results** revealed the importance of establishing bonds between users and health professionals for maintaining follow up. In addition, the use of medication appeared to be a great tool on the part of professionals, the lack of inclusion of the person in decisions about their care and little consideration of their surroundings. In **conclusion**, such strategies centered on bonding are important to avoid the medicalizing logic that permeates health care today, but they are also insufficient when considering their social dimension.

Keywords: Suicide; Psychosocial intervention; Mental health.

Introdução

O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais¹. Fatores como predisposição genética, alterações neuroquímicas, transtornos mentais subjacentes, experiências adversas na infância e condições socioeconômicas precárias estão fortemente associados ao suicídio^{2,4}. Além disso, o estigma e a falta de conhecimento sobre o tema resultam em dificuldades no acesso a serviços de saúde e na perpetuação de abordagens inadequadas. A interseção desses fatores demonstra que o suicídio não pode ser tratado apenas como uma questão biomédica, mas deve ser entendido dentro de um contexto sociocultural mais amplo.

A medicalização do comportamento suicida é um dos principais desafios enfrentados no cuidado das pessoas. A abordagem tradicional tende a restringir o manejo do suicídio à esfera biomédica, negligenciando fatores psicossociais e estruturais⁵. Estudos apontam que a medicalização pode levar à desconsideração das necessidades individuais das pessoas e ao reforço de estratégias terapêuticas limitadas, como a priorização de fármacos e internações hospitalares, em detrimento de abordagens mais amplas e humanizadas⁶. O modelo atual, focado na intervenção medicamentosa, frequentemente não contempla a complexidade do sofrimento psíquico, ignorando aspectos como suporte social, vínculos terapêuticos e acompanhamento longitudinal.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada no Brasil como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, visando à promoção do cuidado integral, territorializado e centrado no usuário⁷. A RAPS propõe um modelo de atenção que prioriza a continuidade do cuidado, a descentralização dos serviços, com uma aposta e fortalecimento da atenção primária em saúde (APS). Nessa linha, um estudo publicado em 2018⁸ analisou a cobertura municipal brasileira dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – elemento integrante e importante da RAPS – e, como resultado, encontrou uma menor taxa de internação por tentativas de suicídio naqueles locais que tinham os CAPS, sugerindo uma eficácia desse modelo no manejo de comportamento suicida.

No entanto, ainda há desafios relacionados à fragmentação do atendimento, à articulação entre serviços e à efetividade do acompanhamento das pessoas. Barreiras institucionais, dificuldades de comunicação entre os profissionais de diferentes serviços e a escassez de recursos dificultam a implementação plena das diretrizes propostas para o atendimento a pessoas com comportamento suicida. Dentro desse contexto, é importante compreender os percursos e experiências vividas pelos indivíduos dentro do sistema de saúde, identificando barreiras e potencialidades para a melhoria do cuidado⁹⁻¹¹.

Compreender como tem sido o manejo de pessoas com comportamento suicida dentro da RAPS torna possível identificar fragilidades e potencialidades nesta rede, a partir de como o cuidado é percebido pelos próprios usuários e como suas experiências influenciam nos seus acompanhamentos. Assim, este estudo busca aprofundar a compreensão sobre o manejo do comportamento suicida na RAPS de Curitiba, a partir das percepções de profissionais de saúde e usuários dos serviços, destacando desafios e propondo caminhos para aprimorar a assistência oferecida.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, recorte do projeto “A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde”. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir a análise aprofundada das experiências subjetivas dos indivíduos, possibilitando uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado¹².

A pesquisa qualitativa tem como princípio central a valorização da experiência individual dos participantes, permitindo que suas percepções sobre o cuidado recebido sejam analisadas em profundidade. O estudo adotou uma abordagem hermenêutica-fenomenológica para a interpretação dos dados, considerando tanto os discursos dos participantes quanto os contextos sociais e institucionais nos quais estão inseridos¹³. Esse método possibilita uma leitura ampliada das narrativas, buscando captar os sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências dentro da RAPS.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas abertas com usuários e profissionais de saúde vinculados a dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Cajuru e Portão – e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Lotiguaçu e Capanema. Elas foram conduzidas por profissionais com experiência envolvidos no estudo, psicólogos e médico de família e comunidade.

Foram incluídos no estudo usuários que relataram histórico de ideação suicida ou tentativa de suicídio, bem como profissionais que atuaram diretamente no atendimento a essas pessoas. A seleção dos participantes foi feita por meio de amostragem intencional, garantindo que fossem incluídos indivíduos que pudessem contribuir com diferentes perspectivas sobre a sua experiência terapêutica dentro da RAPS.

O contato com os serviços de saúde foi estabelecido previamente, permitindo a construção de um ambiente de confiança para a realização das entrevistas. Além das entrevistas individuais, foi realizada observação participante em algumas unidades, permitindo uma imersão na rotina dos serviços e no cotidiano do atendimento prestado aos usuários. Durante essa fase, foram coletadas informações sobre o fluxo de encaminhamentos, a interação entre profissionais e usuários e as estratégias adotadas para o manejo do comportamento suicida.

O material foi organizado por códigos, visando preservar o sigilo e a identidade dos participantes. Os profissionais receberam a letra “P” e os usuários a letra “U”, ambos seguidos de número sequencial.

A partir de leituras sucessivas do material transcrito, buscou-se extrair os sentidos e significações que emergiram dos relatos, depois se organizou uma grade de análise que teve dois principais tópicos: o manejo diante de comportamento suicida e a articulação do cuidado. Destaca-se que, neste caso, o comportamento suicida abarcou ideação e tentativa de suicídio, contudo, na experiência dos profissionais de saúde, as experiências puderam incluir o suicídio.

Todos os participantes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Parecer nº 5920.498) e pela Prefeitura Municipal de Curitiba (Parecer nº 6035-245).

Resultados e Discussão

Participaram do estudo nove indivíduos, cinco profissionais da saúde, com formações e ocupações distintas, sendo que quatro se identificaram como sendo do gênero feminino e um masculino. Dentre os usuários, dois se identificaram como sendo do gênero feminino, um masculino e um não-binário. Destes, três acompanhavam em CAPS e um em UBS. Apesar de terem sido identificadas duas categorias como resultado da análise, elas serão apresentadas dentro de três itens considerados relevantes para a articulação com as diretrizes da RAPS e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados das entrevistas abertas com usuários e profissionais de saúde

		IDADE	GÊNERO	COR / RAÇA	ESCOLARIDADE / FORMAÇÃO	TEMPO NO SERVIÇO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA	
UBS LOTIGUAÇU	Profissionais	Profissional 1	46	Feminino	Branca	Médica - Pós-graduação	4 anos	21 anos
		Profissional 2	51	Feminino	xxxxx	Enfermeira - Pós-graduação	7 anos	30 anos
UBS CAPANEMA	Usuários	Usuario1	29	Feminino	Parda	Ensino Completo	1 ano	
		Profissional 3	59	Masculino	Branco	Médico - Mestrado	13 anos	35 anos
	Profissionais	Profissional 4	53	Feminino	Branca	Enfermeira - Especialização	16 anos	23 anos
		Profissional 5	43	Feminino	Negra	Agente Comunitária - EM Completo	24 anos	24 anos
CAPS	Usuários	Usuario2	29	Não Binário	Branca	Ensino Médio Completo	4 meses	
		Usuario3	30	Masculino	Parda	Superior Incompleto	2 meses	
		Usuario4	43	Feminino	Preta	Fundamental Incompleto	4 anos	

O manejo do sofrimento e o vínculo no comportamento suicida

As entrevistas realizadas no estudo evidenciaram o papel central do vínculo no manejo do comportamento suicida dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tanto usuários quanto profissionais relataram que a construção de relações de confiança entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios usuários influencia diretamente na adesão ao tratamento e na experiência do cuidado. Gonçalves et al.¹⁴ destacam que a presença do vínculo entre profissional e paciente já se mostrou crucial em contextos hospitalares, onde a continuidade do tratamento pós-alta depende da relação estabelecida durante a internação. Na RAPS, essa ferramenta se torna ainda mais essencial, visto que o modelo de cuidado preconiza a territorialização e a longitudinalidade do atendimento.

Nesse sentido, Silva e Pegoraro¹⁵ ressaltam que estratégias como acolhimento, envolvimento da família, atuação de equipes multiprofissionais e encaminhamentos estruturados são fundamentais no cuidado de pessoas com comportamento suicida. O vínculo, portanto, pode ser a chave para reduzir a dependência excessiva de medicamentos e internações, oferecendo abordagens alternativas e mais integrativas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define o vínculo como a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional de saúde, permitindo corresponsabilização e promovendo efeitos terapêuticos ao longo do tempo¹⁶. Essa perspectiva reforça a importância de um atendimento humanizado, em que a pessoa não é tratada apenas como portadora de uma condição médica, mas como um sujeito inserido em um contexto social e emocional mais amplo.

Além do vínculo entre usuário e profissional, foi identificada a importância dos laços entre os próprios usuários da rede, de modo que alguns entrevistados mencionaram que, em certas situações, sentiam-se mais confortáveis compartilhando suas experiências com outros usuários do que com psicólogos ou médicos. Essa observação reforça o papel dos grupos de apoio como espaços terapêuticos essenciais dentro da RAPS, permitindo que os usuários não apenas recebam suporte profissional, mas também estabeleçam redes de suporte mútuo.

Assim, o fortalecimento do vínculo permite que o manejo do comportamento suicida ocorra de maneira alinhada com a definição biopsicossocial do suicídio proposta por Botega¹, que sugere uma abordagem não apenas considerando os fatores biológicos e psicológicos, mas também os aspectos sociais que permeiam sua vida. Nesse sentido, Yasui⁷ destaca que redes de saúde territorializadas podem ampliar a autonomia das pessoas, possibilitando um reposicionamento subjetivo diante de si mesmos e do mundo ao seu redor. Essa abordagem reforça a necessidade de compreender o território como elemento central na construção do cuidado em saúde.

Portanto, ao considerar o vínculo como ferramenta essencial no manejo do comportamento suicida, fica evidente que seu estabelecimento pode impactar desde a adesão ao tratamento até a reformulação de estratégias terapêuticas, reduzindo a ênfase no medicamento e ampliando as possibilidades de intervenção. Jorge et al.¹⁷ corroboram com essa perspectiva, ao comentar que o acolhimento e vínculo transcendem os espaços de intervenção da rede, devendo ser contextualizadas no modo de vida de cada indivíduo. Dessa forma, investir na construção de relações de confiança dentro da RAPS pode representar um avanço significativo na forma como o cuidado é estruturado e oferecido aos usuários do SUS, possibilitando compreender as nuances envolvidas na rotina de cada um.

A internação apareceu nas entrevistas como estratégia frequente no manejo, principalmente para abordar o risco agudo de suicídio, ao passo que pessoas com menor risco de suicídio são acompanhadas da UBS. A fala seguinte de um dos profissionais ilustra esse ponto:

“Agora o paciente que diz: não, eu não aguento, se eu chegar em casa eu vou me matar. Esse paciente tem que internar e tem que internar ali, é uma emergência.” (T2).

A empatia e a conexão com os profissionais e outros usuários das redes de atenção surgiu nas entrevistas como uma ferramenta importante para o cuidado desses usuários. O vínculo não era fácil de ocorrer, porém – ao ser formado – permitiu uma maior conexão e participação do usuário na construção do seu cuidado. Alguns usuários relatam essa dificuldade em conseguir se conectar com o profissional, de modo que não comentavam tudo que sentiam. Ainda, adicionam como era importante ser escutado e visto pelos profissionais, participando da construção do seu próprio cuidado. Os relatos abaixo retratam esses pontos:

“Ele escuta, ele entende e ele respeita também as decisões da gente. Isso que é importante.” (U1)

“É difícil de se abrir assim às vezes. [...] porque sabe que aqueles 10% a mais você não fala para o seu psicólogo.” (U2)

Sobre a utilização de terapia em grupo como estratégia de manejo do comportamento suicida, alguns usuários relatam que enxergam tais grupos como um local em que se sentem acolhidos e escutados, em especial por demais usuários que compartilharam experiências e sentimentos parecidos. Um usuário ainda acrescentou que profissionais podem até entendê-los, caso o usuário esteja disposto a se abrir com o profissional, mas nem sempre isso ocorre, dando a entender que era mais fácil fazê-lo entre os pares.

A articulação do cuidado

Nessa seção, foram incluídos os relatos que descrevem as experiências dos usuários nos diversos pontos da RAPS. Além disso, reflete as experiências dos profissionais em relação ao encaminhamento entre os pontos de atenção da RAPS, bem como ao cuidado multiprofissional do indivíduo com comportamento suicida.

O primeiro aspecto trazido pelos entrevistados, principalmente pelos profissionais, faz referência ao encaminhamento entre os pontos de atenção da RAPS, especialmente a partir da Unidade Básica de Saúde. Os relatos dos profissionais entrevistados demonstram um bom conhecimento sobre os diferentes pontos da RAPS, citando equipamentos como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Estabilização Psiquiátrica. No entanto, mesmo com esse conhecimento, persistem desafios operacionais que dificultam a continuidade do cuidado. Uma das dificuldades mais citadas nesse processo é a interação precária entre os pontos da Rede:

“Quando realmente precisa, não é fácil você conseguir, os serviços, eles estão muito voltados para si mesmos.” (P3)

“Alguns a gente encaminhava para psicólogo também, mas aquele processo é demorado. Tem uma que já tem filho e até agora não foi chamada para a psicóloga.” (P1)

Uma reclamação presente em uma das entrevistas foi em relação ao tempo necessário para a internação de usuários, a partir da Unidade Básica de Saúde. Outra entrevista ainda descreve uma demora para o atendimento por parte de um psicólogo. Até mesmo a distância física entre os pontos de atenção da RAPS foi trazida como entrave ao adequado manejo dos usuários. Alguns dos profissionais entrevistados relataram que muitos indivíduos não conseguem completar seu tratamento, principalmente o acompanhamento contínuo, pois o local é distante de onde residem e da Unidade de Saúde na qual fazem acompanhamento. Portanto, muitos não apresentam condições de ir até esses endereços, principalmente pelo tempo necessário e pela dependência do transporte público, como no relato a seguir:

“É a distância, é muito longe pra eles também o acesso é longe. Eles têm que ir de ônibus, muitos não vão por conta disso.” (P4)

O tempo necessário para a realização de encaminhamentos, a falta de integração entre os profissionais e a distância geográfica entre os pontos de atenção foram mencionados como barreiras que prejudicam o atendimento eficaz dos usuários. Essas dificuldades corroboram os achados de Silva e Pegoraro¹⁵, que destacam, como principais entraves da RAPS, a ausência de diálogo entre equipes, a falta de capacitação dos profissionais e problemas estruturais nas unidades de saúde.

Outra dificuldade na articulação do cuidado dita por um profissional da APS foi o impedimento por parte de outros profissionais em discutir o caso de quem é encaminhado. Nesse relato, o profissional da APS mencionou que o médico de um serviço não permitiu que ele conversasse sobre uma pessoa que ele acompanha, e que ele deveria voltar no horário de visita ao serviço, pois eles “não conversam com outros médicos”.

Em relação às experiências dos usuários da RAPS entrevistados, o relacionamento desses usuários com os profissionais foi o tema de maior destaque nas entrevistas. Os entrevistados expressaram diversos sentimentos em relação aos profissionais. Ademais, os usuários deixaram claro que uma boa relação com os profissionais é benéfica para a adesão aos tratamentos e manejos propostos.

“Eu não quero parar de ver essa psicóloga e sei lá, a Tulipa é bem legal [...] ela me ajuda a lidar com essas coisas práticas e materiais.” U4

“A Orquídea... Eu acho que ela me assusta. Não sei, eu não consigo conversar com ela. Você não consegue contar nada, assim.” U4

A articulação entre os serviços da RAPS foi indicada como um dos principais desafios no manejo de pessoas com comportamento suicida. Embora aponte-se pela importância da rede de apoio integrada, nas Redes de Saúde ainda existem fragilidades estruturais, dificultando o atendimento contínuo dos indivíduos¹⁴.

Outro fator crítico identificado foi a predominância de uma lógica pautada em encaminhamentos para serviços especializados e no uso de psicofármacos, em detrimento de abordagens que considerem o território e o contexto social da pessoa em questão. Essa tendência reforça a fragmentação do cuidado, fazendo com que os profissionais, muitas vezes, deleguem a resolução do problema a outros serviços, sem a preocupação com a continuidade do acompanhamento dentro do próprio território e sem tentar compreender o contexto de vida do usuário do SUS. Durante as entrevistas, poucos profissionais mencionaram a importância de compreender tal contexto, porém, muitos relataram encaminhar usuários para os diversos pontos da RAPS, contribuindo com a fragmentação do cuidado.

Para superar essas dificuldades, Merhy¹⁸, propõe a adoção do conceito de “Redes Vivas”, que se contrapõe à lógica centralizadora da macropolítica e valoriza as experiências cotidianas e individuais. A ideia central das Redes Vivas é reconhecer a pessoa para além de seu diagnóstico, levando em conta sua trajetória de vida, suas interações e suas relações interpessoais. Diferentemente do modelo tradicional de projeto terapêutico padronizado, a abordagem sugerida por Merhy enfatiza a troca de experiências e a construção de novas conexões dentro e fora do sistema de saúde, favorecendo o protagonismo do usuário.

A interseção entre os conceitos de Redes Vivas, itinerário terapêutico e a concepção biopsicossocial do suicídio², reforça a necessidade de um modelo de cuidado que vá além do uso de medicamentos e do encaminhamento. Compreender o comportamento suicida a partir dessa perspectiva demanda um olhar ampliado para o indivíduo, considerando seus laços comunitários, seus fatores de risco e proteção sociais e as relações de poder que influenciam no seu sofrimento. Dessa forma, a articulação do cuidado na RAPS precisa ser reformulada para permitir um atendimento mais integrado e centrado no usuário.

Medicalização do comportamento suicida

Uma das estratégias mais mencionadas para o manejo de pessoas com comportamento suicida foi o uso de medicamentos. De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde¹⁹, o uso de medicamentos e a internação devem ser medidas restritas a casos de alto risco, ou seja, situações em que há um planejamento concreto e meios acessíveis para a realização do suicídio. Tal situação é exposta no seguinte relato:

“Agora o paciente que diz: não, eu não aguento, se eu chegar em casa eu vou me matar. Esse paciente tem que internar e tem que internar ali, é uma emergência.” (T2).

Apesar disso, predominaram relatos de abordagem biomédica em situações que não são exclusivamente de alto risco, na qual sintomas e dificuldades emocionais são sistematicamente interpretados através da lente

diagnóstica psiquiátrica, resultando na medicalização do sofrimento humano²⁰. Tal afirmação pode ser observada na forma como os usuários percebem sua própria melhora: atribuindo grande peso aos medicamentos em sua recuperação, reforçando a crença de que sem os fármacos não haveria evolução no tratamento.

“Entrevistador: E além desses vínculos, o que mais você considera que foi e tem sido importante para sua melhora? Usuário: Medicamento, óbvio [...] Psicoterapia e medicamento, os dois juntos, sem os dois você não consegue sair disso.” (U2)

Além disso, houve narrativas de profissionais que lidam com pessoas com alto risco para suicídio priorizando estratégias farmacológicas, prescrevendo antipsicóticos e estabilizadores de humor, sem uma avaliação mais ampla do contexto social e emocional da pessoa.

Segundo Tesser CD²⁰, a medicalização social é o processo decorrente da expansão da biomedicina, em que as experiências sociais e os comportamentos humanos são redefinidos como problemas médicos, de modo que tal processo se expandiu no mundo ocidental, compreendendo o Brasil também. Com tal expansão, fica evidente que questões que devem ser analisadas com um olhar psicossocial são, muitas vezes, medicalizadas, como é o caso do comportamento suicida. Outro exemplo é o caso da utilização do lítio, amplamente usado, de acordo com os entrevistados, mas cujo uso não apresenta evidências robustas na redução das taxas globais de suicídio, reforçando a hipótese de que a ênfase medicamentosa pode estar sendo utilizada de forma excessiva e ineficaz²¹.

Além dos impactos na efetividade do tratamento, a medicalização pode reforçar um modelo passivo de cuidado, no qual a pessoa, aí sim vista como paciente e não cidadã, é tratada como um receptor de intervenções médicas, sem autonomia para participar ativamente da construção de seu itinerário terapêutico. Os relatos dos entrevistados evidenciaram essa falta de protagonismo, os usuários não se sentem incluídos nas decisões sobre seu próprio tratamento. Em alguns casos, a rigidez desse modelo se manifesta de maneira prática: um dos usuários relatou que necessita realizar “*medicação supervisionada*”, de modo que ele necessita ir diariamente até o local para ser medicado. Contudo, o usuário levanta a questão do deslocamento pessoal dele à unidade como algo desconsiderado pelos profissionais da unidade, tendo em vista os custos com transporte público e a distância significativa que ele percorre para chegar ao local em que toma seus remédios.

A superação desse modelo exige uma mudança de paradigma, na qual o cuidado à pessoa com comportamento suicida seja construído de forma colaborativa, respeitando suas necessidades individuais e seu contexto social. Possivelmente, estratégias baseadas no fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional, no acolhimento e na ampliação do acesso a terapias não medicamentosas podem representar alternativas viáveis para reduzir a dependência excessiva dos psicofármacos e da lógica medicalizante, promovendo uma abordagem mais integrada e humanizada.

Conclusão

Tendo em vista a epidemiologia do comportamento suicida, é imperativo compreender como tem ocorrido o manejo de pessoas com comportamento suicida pela Rede de Atenção Psicossocial. Infelizmente, o uso de medicamento apareceu como grande ferramenta por parte dos profissionais, bem como a ausência de inclusão da pessoa nas decisões sobre seu cuidado e pouca consideração de seu entorno, com barreiras de conexão entre os serviços, favorecendo um cuidado fragmentado e desterritorializado.

Por outro lado, a utilização do vínculo e da escuta ativa foram experienciadas pelos usuários, sendo bem vistas como auxiliares no processo de melhora do comportamento suicida. Com destaque para a necessidade de espaços que propiciem o apoio entre pares. Tais estratégias são importantes para se evitar a lógica medicalizadora que permeia o manejo atualmente, porém, também insuficientes quando se pensa em sua dimensão social.

Referências

1. BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 231–236, dez. 2014.
2. ABOU CHAHLA, M. N. et al. Biological Factors Underpinning Suicidal Behaviour: An Update. *Brain Sciences*, v. 13, n. 3, p. 505, 1 mar. 2023.
3. BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, v. 1, n. 3, p. 181–5, 2002.
4. BRÅDVIK, L. Suicide Risk and Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 9, p. 2028, 2018.
5. PRIDMORE, S. Medicalisation of Suicide. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, v. 18, n. 4, p. 78–83, 2011.
6. PESSOA, D. M. S. et al. Assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde de adolescentes com ideias suicidas. *Rev Min Enferm*, 24, 2020.
7. YASUI, S. LUZIO, C. A. AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, v. 8, n. 1, p. 173 - 190, 2018.
8. Machado, D.B., Alves, F.J., Rasella, D. et al. Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil. *Adm. Policy Ment Health* 45, 381–391 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0830-1>
9. GERHARDT, T. E. Itinerários Terapêuticos em Situações de Pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006.
10. DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. DE .; PEREIRA-SANTOS, M.. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe7, p. 204–221, 2019.
11. SCHORN, M. C. G.. Itinerários terapêuticos e políticas públicas : percursos em direção ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Repositório Digital UFRGS, Porto Alegre, 2016.
12. MINAYO, M.C DE SOUZA, Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2011.
13. ALVES, P. C.; RABELO, M. C.; SOUZA, I. M.. Hermenêutica-fenomenológica e compreensão nas ciências sociais. *Sociedade e Estado*, v. 29, n. 1, p. 181–198, jan. 2014.
14. GONCALVES, P. I. E.; SILVA, R. A.; FERREIRA, L. A. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado?. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 64-87, ago. 2015.
15. SILVA, D. R.; PEGORARO, R. F. Estratégias de cuidado a pessoas que tentaram suicídio segundo a literatura. *Psicologia Revista*, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 36–55, 2023. DOI: 10.23925/2594-3871.2023v32i1p36-55.
16. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA MUNICIPAIS DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (org.). POLÍTICA DE SAÚDE , POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVS) NO BRASIL: Programa Saúde com Agente; E-book 6. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2023. E-book (62p.) (volume 6). color. ISBN: 978-65-5993-443-0. Disponível em: e Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 12 mai. 2024.

17. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP de, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011Jul;16(7):3051-60. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
18. MERHY, E. E.. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.* Divulg. Saúde Debate. p 31-42, 2014.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, UNIERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (org.). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.* Brasil: Ministério da Saúde, 2006. E-book (74p.) color. Disponível em: https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 12 mai. 2024.
20. TESSER, C. D.. *Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica.* Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, n. 20, p. 347-362, jul. 2006
21. NABI, Z. et al. Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 31, 2022.

ARTIGO

O fetiche da crise: desafios para a atenção psicossocial

The fetish of crisis: challenges for psychosocial care

Rossana Seabra Sade^I, Rafael Nicolau Carvalho^{II}

Resumo

O presente artigo apresenta uma reflexão teórica pautada em uma revisão narrativa da literatura. Realizou-se uma análise crítica sobre a temática a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira interconectada com a experiência dos autores. Aborda-se a crise psíquica como uma das principais dificuldades enfrentadas pela saúde mental para efetivação de um cuidado pautado na atenção psicossocial. Na argumentação, essa dificuldade decorre da convivência no âmbito dos serviços de dois paradigmas, o psiquiátrico e o psicossocial. Essa convivência, no contexto da rede, produz abordagens diversas na forma de ofertar o cuidado, compreensões distintas sobre a própria crise, reatualizando o estigma e o preconceito sobre o tema, bem como provocando medo e angústia entre os profissionais. Conclui-se que isso decorre da forma como a psiquiatria apropriou-se da categoria crise, cristalizando-a sob suas bases, tornando-a um verdadeiro fetiche.

Palavras-chave: Saúde Mental. Intervenção em Crise. Reforma Psiquiátrica.

Abstract

This article presents a theoretical reflection based on a narrative review of the literature. A critical analysis of the subject was carried out from the perspective of Brazil's psychiatric reform, intertwined with the authors' experiences. It highlights the psychic crisis as a significant challenge in implementing mental health care centered on psychosocial attention. The discussion identifies this challenge as stemming from the coexistence of two conflicting paradigms within mental health services: the psychiatric paradigm and the psychosocial paradigm. This dichotomy leads to varying approaches to care delivery and different interpretations of the crisis itself, which, in turn, perpetuate stigma and prejudice, while also generating fear and distress among professionals. The article concludes that this issue arises from psychiatry's appropriation of the crisis category, which has become entrenched within its foundations, elevating it to the level of a fetish.

Keywords: Mental Health, Crisis Intervention, Psychiatric Reform.

Introdução

O presente texto tem por objetivo colocar em cotejo a crise psíquica no campo da saúde mental e como a disputa entre os paradigmas psiquiátrico e psicossocial impactam o tratamento da crise no contexto da saúde mental. Trata-se de um texto de reflexão teórica pautado em uma revisão da literatura, visando explorar, analisar e interpretar o tema de maneira crítica. Esse tipo de texto nos permite apresentar argumentos baseados em

^I Rossana Seabra Sade (seabra.sade@unesp.br) é psicóloga com pós-doutorado e docente universitária na Universidade Estadual Paulista (UNESP).

^{II} Rafael Nicolau Carvalho (rafael.carvalho@academico.ufpb.br) é assistente social, doutor em Sociologia e docente universitário na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

achados da literatura, mas também inserir nossas percepções e análises, tornando-se uma ponte entre o conhecimento científico sobre o tema e a interpretação.

A divergência entre esses modelos continua refletindo as resistências e os desafios presentes no campo da saúde mental. Acreditamos que essa divergência decorre do fato de a reforma não ter rompido totalmente com o paradigma psiquiátrico¹. Isso reforça o *fetichismo da crise* que se manifesta tanto no âmbito da clínica, ou seja, no cuidado em saúde mental, quanto na dimensão política. Portanto, a crise deve ser refletida nesses dois eixos, que compõem a atenção psicossocial.

Diante do exposto, é importante sinalizar que este texto trata de um tema espinhoso para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e para a própria Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), sendo pouco enfrentado. A atenção à crise psíquica enfrenta desafios significativos no campo da saúde mental, especialmente por sua natureza de urgência, pelos paradigmas usados para interpretá-la, e pelos estigmas e preconceitos que ela evoca e que são reatualizados pelo discurso psiquiátrico, tornando-a um verdadeiro fetichismo na contemporaneidade.

A disputa de modelos, no âmbito da crise psíquica para a saúde mental, reflete um embate entre diferentes paradigmas de compreensão e intervenção: o paradigma psiquiátrico e o paradigma psicossocial. O primeiro reduziu historicamente a experiência de sofrimento humano ao diagnóstico de doença mental, inscrevendo-o, inicialmente, no âmbito dos desvios morais e, posteriormente, no corpo biológico, desconectando-o do contexto social da existência dos indivíduos. Por outro lado, o paradigma psicossocial reconhece a complexidade e diversidade do sofrimento humano, abrangendo diferentes dimensões da vida social dos indivíduos, como o trabalho, a família, a comunidade, a cultura, além de aspectos subjetivos e singulares².

O modelo psiquiátrico consolidou uma forma de tratar a crise que é muito diferente do paradigma psicossocial. Ele privilegiou a contenção e a internação em hospitais psiquiátricos, promovendo o afastamento do indivíduo do convívio familiar e comunitário. A internação era vista como a principal resposta à crise e era fundamentada na segurança e no controle. Com a RPB e a criação da RAPS, houve a introdução de uma nova perspectiva. O modelo de atenção psicossocial defende a ideia de que a crise psíquica deve ser tratada no contexto da comunidade, promovendo o cuidado em liberdade e a integração social. Além disso, esse paradigma reconhece o potencial transformador da crise³.

A difícil tarefa de compreender a crise

Apesar da facilidade que a psiquiatria encontra hoje em “identificar” uma crise psíquica e adotar protocolos rígidos de contenção, é difícil uma definição precisa, visto que qualquer definição de crise deve considerar o contexto e a organização da própria psiquiatria em determinado contexto histórico⁴. A palavra crise tem sua origem no grego *Krisi*, que caracteriza uma situação ou momento de risco em que uma decisão precisa ser tomada. Também deriva do latim *crisis*, que indica um momento de escolha e de mudança. Nesse sentido, o termo congrega tanto o risco, algo que perturba e que exige mudança, quanto a busca de equilíbrio e de transformação. Em seu sentido filosófico, o termo carrega os atributos semânticos originários, podendo ainda significar purificação^{1,3}.

A crise psíquica, no contexto histórico e cultural, já foi caracterizada como: manifestação do divino, sabedoria, possessão, bruxaria, subversão da ordem social, até ser capturada pelo rótulo de doença, tarefa realizada pela psiquiatria. A crise, enquanto “loucura”, é expurgada de todo seu conteúdo simbólico, restando a marca incontestável da doença mental, do desvio e da periculosidade³. Mesmo a psiquiatria passando por alguma transformação, por meio das reformas, parece-nos que a crise passou incólume a esse processo.

Contudo, podemos elucidar que a crise, no transcurso histórico da psiquiatria, perdeu seu caráter transformador, sua potência de mudança e de tomada de decisão para sentidos estritamente negativos. Aliás, a autonomia foi arrancada dos indivíduos e entregue nas mãos dos médicos que exerciam total controle sobre o objeto de sua intervenção, crise-loucura, e que tinham um espaço para acomodá-lo, o hospital psiquiátrico. Isso porque a crise, para a psiquiatria, assim, foi sendo capturada e, ao mesmo tempo, transformada em patologia e em desvio.

Isso se explica pelo fato de que a psiquiatria, na sua busca de afirmação enquanto ciência, nunca conseguiu provar a natureza biológica dos supostos transtornos mentais, operando, ao longo do tempo, por meio de sua clínica classificatória, inaugurando o verdadeiro sistema de diagnóstico, definindo o normal e o patológico. Desta feita, os sistemas de diagnóstico utilizados pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), por meio das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), são objetos de críticas quanto à sua validade científica, apesar de serem utilizados globalmente para o diagnóstico dos sofrimentos psíquicos^{5,6}.

Diante da ausência de evidências científicas conclusivas sobre as bases biológicas dos transtornos mentais, a crise passou a ser considerada como prova inequívoca de um suposto transtorno. Assim, comportamentos considerados desviantes e atípicos são interpretados pela psiquiatria como indícios de “transtorno mental” e requerem intervenção médica. Além disso, atribuiu-se à pessoa em crise um caráter de periculosidade, difundindo a ideia de que, nesse estado, ela pode perpetrar atos de violência contra si mesma ou contra terceiros, o que justifica o uso de força para contenção.

Dessa forma, mesmo com o avanço da reforma psiquiátrica, com a transição paradigmática de modelos, como novas formas de cuidar e novas concepções sobre a crise, ela se cristalizou, preservando o caráter de inexplicável e de perigo, suscitando medo nas pessoas e, até, na abordagem dos profissionais⁷. Percebemos, aqui, dois sentidos para a crise psíquica: 1) podendo ser denominada como crise psiquiátrica, que remete às concepções produzidas no âmbito da psiquiatria e que evoca os sentimentos de medo e de algo incontrolável que precisa ser contido; e 2) crise psicossocial, que a trata como uma vivência/experiência em que algo de insuportável rompe com o sistema de significação do sujeito ou ameaça as esferas de sua vida, podendo comprometer a sua existência física e simbólica, mas que também pode ser utilizada para transformação, pois permite comunicar seu sofrimento, que não era traduzido pelo sujeito que atravessa a experiência.

Essas definições são expressões de como a crise é vista, transformada e disputada entre os dois paradigmas. O primeiro aglutina saberes e práticas dos campos médico-psiquiátricos, com reforço contemporâneo da neurociência e da psicofarmacologia, entre outras áreas, que são recombinações do saber positivista que, aliada aos interesses do capital, exploram a saúde mental para, ao mesmo tempo, produzir lucros para o mercado e produzir adesão aos modos de vida engendrados pelo capitalismo. O segundo combina diversas perspectivas não hegemônicas oriundas de várias áreas das ciências humanas e sociais, inclusive de campos que, historicamente, foram alinhados à psiquiatria e à reprodução das relações sociais no capitalismo.

Assim, há dualidade nas formas de compreensão, a crise no paradigma psiquiátrico é traduzida como sintoma de transtorno mental e precisa ser contida imediatamente, enquanto para o paradigma psicossocial ela é uma experiência que precisa ser atravessada.

Araújo⁸ argumenta que a crise não deve ser vista como um evento isolado ou resultado de um “transtorno mental”. A autora afirma que a crise é uma consequência do sofrimento acumulado por várias formas de violência, opressão, vulnerabilidade e dilemas que o indivíduo não consegue processar, devido à falta de recursos emocionais, culturais e sociais.

O fetiche da crise e suas implicações no cuidado

Conforme o dicionário Houaiss⁹, o termo “fetiche” possui diversos significados. Pode referir-se a um objeto ao qual se atribuem poderes mágicos, a uma parte do corpo considerada possuidora de atributos especiais ou eróticos e, ainda, a algo que exerce forte atração e fascínio⁹. Essas definições são oriundas dos contextos em que o termo foi utilizado e como foi reelaborado por determinadas áreas. A palavra em si deriva do português “feitiço”, no sentido de encantamento, e foi usada no contexto da colonização durante os séculos XV e XVI, para descrever objetos considerados mágicos por povos africanos^{10,11}.

A palavra, por sua vez, deriva do latim *facticius* que significa algo artificial, ou seja, feito pelo homem. Logo, o termo foi incorporado ao francês *fétiche*, no século XVIII, por meio de estudos antropológicos relacionando-o a práticas mágico-religiosas de povos africanos. Da antropologia, o termo migrou para outras áreas e desenvolveu-se, ampliando seu significado e ensejando a expressão fetichismo, que se tornou uma noção importante para as ciências humanas e médicas, sendo usada, inicialmente, na antropologia e sociologia. Desses campos, foi apropriado pela psicanálise, psicologia e psiquiatria^{10,11}. Como podemos observar, os usos do termo promoveram sua ampliação e, conseqüentemente, colaboraram para os sentidos atribuídos a ele. Para nossa análise, vamos considerar duas ideias.

A primeira é desenvolvida pela sociologia na obra de Karl Marx *O Capital*, no capítulo I, no item que analisa o fetichismo da mercadoria. A segunda é o pensamento de Freud, que utiliza o termo, inicialmente, como uma forma de perversão e, depois, como um mecanismo de defesa e proteção do ego, particularmente em seu ensaio *Fetichismo*, de 1927^{11,12}. Porém, não vamos fazer aqui uma análise da obra desses pensadores, mas sim sobre como eles utilizaram o termo. Cabe a nós extrairmos de seus pensamentos ideias para construir a nossa análise. Por exemplo, Marx utiliza o termo para descrever a construção de relações sociais que torna as mercadorias, no sistema capitalista, algo ilusório ou místico, ou seja, que escamoteia todo o seu processo de produção e suas relações. Nesse sentido, o valor de troca da mercadoria, capacidade de ser trocada ou negociada, suplanta seu valor de uso, ou seja, sua capacidade de atender às necessidades humanas. Ainda podemos acrescentar que, na análise marxiana, as mercadorias parecem ter vida própria, ocultando que seu valor é resultado do trabalho humano¹².

Daí o caráter fetichista da mercadoria, porque sua origem social é escondida, passando, a mercadoria, a ter uma vida própria independentemente das relações que a produziram. A mercadoria não é mais vista por sua utilidade, mas pelo valor atribuído pelo mercado. Nesse processo, as relações sociais entre as pessoas assumem um caráter de relação entre objetos contribuindo para a alienação dos indivíduos¹³.

Já para Freud, o fetiche está relacionado à psicanálise e à sexualidade como um conceito importante para entender os mecanismos psíquicos. O fetichismo seria, então, algo ou um objeto que substitui um desejo sexual ou um conflito psíquico. Para Freud, durante o desenvolvimento psicossocial do menino, ele percebe que a mãe não tem pênis e relaciona isso com a possibilidade de castração, gerando medo e ansiedade. Para lidar com esse conflito, emerge um fetiche em algum objeto, ou em uma parte do próprio corpo, para substituir o medo, dotando esse objeto de um significado sexual poderoso. Assim, o objeto fetichizado substitui subjetivamente o medo ao mesmo tempo que preserva e transfere o desejo para o objeto¹².

Obviamente, os dois pensadores tratam o termo em campos de aplicação bem distintos. Em Marx, o termo é utilizado para criticar as relações sociais de produção no capitalismo ocultadas pela mercadoria, levando à alienação e inversão nas relações entre coisas e pessoas. Já Freud utiliza para explicar a formação do desejo e os mecanismos de proteção psíquica. Apesar das diferentes aplicações, ambas apresentam elementos comuns, como a ideia de substituição e ilusão. No primeiro, o objeto fetichizado toma o lugar de outra coisa, ou seja, apagam-se as várias relações que podem estar relacionadas à questão central e passam a ser substituídas por características que não

são próprias do objeto fetichizado. Esse seria o feitiço, o encantamento do objeto, ele apresenta uma característica que verdadeiramente não a possui. No segundo, cria-se uma ilusão quando, por exemplo, a mercadoria reveste-se da ilusória autonomia do processo produtivo. Já no fetiche sexual, cria-se a ilusão de que o indivíduo está protegido da castração. Em ambos os casos, há a criação de relações falsas para substituir as relações reais¹².

As relações que os dois pensadores estabelecem com o termo fetiche ajudam-nos a refletir sobre o fetiche da crise. Sabemos que a psiquiatria, na busca por se estabelecer como uma ciência, converte a experiência da loucura em sua própria história¹⁴. Para isso, ela toma a loucura como objeto de sua atuação e a figura do louco como objeto de intervenção. Assim, a loucura foi convertida artificialmente em doença mental. Essa conversão, por exemplo, esconde as outras formas de representação da loucura, seu transcurso ao longo da história e sua percepção em diferentes culturas. Essa experiência é convertida artificialmente em patologia, mesmo que inicialmente ainda muito associada a desvios morais. Nessa relação, também se esconde o desejo da psiquiatria em se tornar uma disciplina capaz de ordenar a vida e o espaço social por meio do seu sistema classificatório e do poder, incorrendo a “normatização”.

Sabemos que durante o período pós-Segunda Guerra Mundial, o paradigma psiquiátrico passou a ser questionado e diversos movimentos de reforma emergiram em vários países. A autoridade sobre a doença mental foi contestada, uma vez que a psiquiatria nunca conseguiu estabelecer bases orgânicas sólidas. Além disso, houve um declínio no poder do médico ao se deparar com a construção do campo da saúde mental, em que teve que compartilhar espaço com outros saberes e outras categorias profissionais. Mesmo com a emergência de novos saberes, que resgatam e ressignificam a experiência da loucura, como aqueles aludidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, preserva-se a crise psíquica como calcanhar de Aquiles para os movimentos reformistas.

A psiquiatria cristalizou a crise, tornando-a um fetiche. Utilizando-a em substituição à experiência de loucura, escamoteando sua construção histórica e subjetiva ao mesmo tempo em que a converte em prova de suposto “transtorno mental”. Operam-se aqui a substituição e ilusão no fetiche da crise, cria-se uma relação artificial em que ela, por si só, afirma a constatação da doença mental e nega os aspectos psicossociais e sócio-históricos de sua relação. Ao fazer isso, temos a significação de atributos mágicos e trágicos. Ela torna-se um mistério e por isso produz um fascínio intrínseco. É trágica, porque perturba a ordem social, as certezas profissionais, evocando medo e angústia nas pessoas que a presenciam ou que lidam com ela.

A crise é o objeto fetiche para a psiquiatria, porque ela protege a psiquiatria da negação de sua autoridade por outras áreas, fortalecendo o discurso de que só a psiquiatria é capaz de lidar com crise. Por isso, mesmo para profissionais que reconhecem a loucura como uma experiência e que se esforçam em tratar a crise psíquica como uma vivência que precisa ser atravessada, eles são capturados por seu mistério e rendem-se ao seu fascínio, buscando contê-la, obcecados por registrar e tipificar suas manifestações, atentos aos seus sinais e às formas de manejo de seus sintomas.

Não é difícil encontrar na literatura estudos que demonstrem esse fetiche expresso na contraposição entre os dois paradigmas². Ele está presente quando, ao lidar com a crise, os profissionais têm dificuldade em compreendê-la, sentem medo e angústia e suas concepções transitam da visão entre o paradigma psiquiátrico e o psicossocial sem as devidas mediações^{7,15}. O fetiche da crise simboliza a interação entre dois paradigmas, apesar de sua contradição.

O fetiche também cria relações que não existem e imprime atributos quase que autônomos ao próprio objeto. Por isso, o esforço da psiquiatria em definir e normatizar a crise, em moldes bastante fechados e como algo inscrito no corpo. Assim, ela torna-se um objeto e ainda esconde a pessoa atrás de si. Essa pessoa é totalmente excluída do processo de cuidado. Tanto as equipes quanto os serviços lidam com o **objeto** crise. Por isso, o fetiche da crise tem desdobramentos tanto no âmbito da clínica quanto da política. Para Basaglia¹⁶,

A psiquiatria depara-se hoje a confrontar-se com uma realidade que está colocada em discussão desde quando - superado o impasse da dualidade cartesiana - o homem se revela objeto em um mundo objetivo, mas contemporaneamente sujeito de todas as suas possibilidades. [...] A psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído da sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, 'constrangido' a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica.¹⁶

Perante o esgotamento do sujeito diante da crise¹, alguns cuidados devem ser considerados: há a necessidade de acolhimento imediato da pessoa em sofrimento, não na abordagem do paradigma psiquiátrico, mas olhando a pessoa em sua subjetividade, como um indivíduo holístico. Ela é o centro do cuidado e o diálogo produzido do encontro entre dois sujeitos, aquele que sofre e aquele que cuida, deve ser incorporado. No entanto, para isso, essas relações devem ser construídas por meio de vínculos na própria rede. Se é um usuário que já é atendido na rede, deve ser elaborado com ele um manejo de crise que atenda às suas demandas e não viole seus direitos. Se é um caso isolado, a equipe deve acolher esse momento com a família em serviço de acolhimento que ajude a pessoa a atravessar essa experiência sem fetichizá-la e sem interdições.

Possibilidades que emergem a partir da RPB e da RAPS

No âmbito da dimensão política, vale ressaltar que, embora haja outras abordagens e perspectivas de intervenção entre os profissionais, o saber psiquiátrico é ainda organizador da atenção¹. A RAPS está organizada em pontos de cuidado em saúde mental nos diversos componentes da rede. Um desses componentes é a atenção de urgência e emergência, que deveria atender à crise em alguns serviços: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e as Unidades de atenção à urgência psiquiátrica em hospitais gerais. Nessa composição, a crise psíquica é tratada como uma urgência, em uma definição muito próxima às urgências clínicas. Então, nesse cenário, não é raro que as abordagens sejam muito conservadoras, alinhadas aos saberes médico-psiquiátricos, com uso da força física e até mesmo das forças policiais¹⁷, além do frágil preparo para o atendimento tanto no SAMU¹⁸ quanto nas UPAs^{15,17}. Aqui, prevalecem os sentidos de risco e de periculosidade do fetiche da crise.

Sendo assim, esses serviços tratam a crise psíquica como um mero objeto, despersonalizando-a e esvaziando todo o seu conteúdo simbólico. Nesse contexto, operam a clínica psiquiátrica com a contenção física e medicamentosa e o isolamento das pessoas. As drogas servem para interromper todos os conteúdos manifestos pela crise. Geralmente, essas situações tornam-se uma performance grotesca de desumanidade, reforçando ainda mais o caráter de urgência e de perigo que já está no imaginário social sobre elas.

Os serviços que atendem à crise estão menos propícios às mudanças nas políticas de saúde mental, preservando seu caráter conservador em virtude também da forma como a crise foi fetichizada. Na atenção ofertada nos CAPS, podemos dizer que o fetiche da crise atua de forma mais difusa, pois nesse ambiente convivem concepções distintas sobre a saúde mental e sobre a crise. No mesmo espaço, pode haver intervenções pragmáticas, orientadas pelos protocolos biomédicos, e práticas desenvolvidas na comunidade, que priorizam a formação de vínculos, o acolhimento e os aspectos subjetivos^{1,19}.

Outra questão a considerar na abordagem da crise na RAPS é que, com a RPB, a crise, antes restrita aos hospitais psiquiátricos, passa a ocorrer no contexto do território e no espaço familiar. Assim, muitas vezes, a família procura atendimento durante a crise, levando seus entes aos serviços de urgência e emergência ou de saúde mental. Contudo, nem sempre essas situações configuram-se como urgência, no sentido clínico, e

acabam por reforçar o estigma sobre as questões de saúde mental e fortalecer o fetiche da crise. Em muitos casos, o atendimento à crise antecede as internações psiquiátricas que podem produzir violências e colocar a pessoa no circuito psiquiátrico, do qual ela dificilmente sairá²⁰.

Vale registrar que, durante o percurso da RPB, houve uma preocupação maior com os usuários institucionalizados, que eram vítimas de todo tipo de violações. Nesse momento, a crise ocorria no âmbito desses hospitais. Com o aprofundamento da reforma e a criação da rede de cuidado, podemos considerar que os serviços lidam agora com novas situações de crise, não apenas a pessoa com diagnóstico de sofrimento psíquico grave, mas com pessoas que não têm histórico psiquiátrico anterior, mas que experienciam um sofrimento importante relacionado a acontecimentos abruptos da vida, como violências, perdas significativas, falta de trabalho e de condições de moradias adequadas, doenças, etc¹.

Para Basaglia²¹, o princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individualização da pessoa, isto é, a um ocupar-se não da doença mental como conceito psiquiátrico, na sua função ideológica, mas sim a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Essa experiência de sofrimento produz o *continuum* de sofrimento, em que a experiência abrupta passa a se relacionar com outras dificuldades da própria vida, levando à intensificação de seu sofrimento e, quando faltam recursos objetivos, subjetivos e simbólicos para elaborar a experiência, o indivíduo vivencia a crise⁸. Essas pessoas, ao serem atendidas em serviços de urgência psiquiátrica, podem ter determinadas toda a sua vida, pois, como já mencionado, na disputa entre os paradigmas, opera o fetiche da crise que irá destituir o sujeito do seu lugar, transformando-o em mero objeto de fascínio e de medo.

Considerações finais

A análise do fetiche da crise psíquica revela como a psiquiatria, ao longo da história, moldou a percepção da loucura e da crise em termos rígidos e normativos, obscurecendo os aspectos psicossociais e sócio-históricos essenciais para uma compreensão dessa experiência. A crise, transformada em um objeto fetichizado, desumaniza o indivíduo, reduzindo-o a um mero caso clínico e perpetuando a ideia de perigo e de urgência que requer intervenção imediata e controladora.

Apesar dos avanços trazidos pela RPB e pela RAPS, a abordagem da crise psíquica ainda enfrenta desafios significativos. Entre eles, destaca-se a dificuldade de integrar práticas que valorizem a subjetividade e a história de vida dos indivíduos com intervenções que, muitas vezes, se baseiam em protocolos biomédicos de contenção e exclusão.

A crise psíquica, ao perturbar a ordem estabelecida dos serviços de saúde e a rotina dos profissionais, revela a tensão entre os paradigmas psiquiátrico e psicossocial. Essa tensão manifesta-se na disputa pela autoridade sobre o tratamento da crise e na busca por métodos que respeitem a individualidade e promovam a transformação pessoal sem recorrer à patologização.

Para enfrentar esses desafios, o papel do profissional deve ser transformador, dando novo significado à complexidade da crise, sem interpretá-la como incapacidade, insanidade, doença, apenas cuidando por meio de um olhar para a diversidade, respeitando o modo de viver do ator social e o seu modo diferente de relacionar-se com o mundo. O saber, portanto, não deve ser usado como técnica normativa, mas sim como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência, quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica⁴.

Cabe ressaltar que esses mecanismos são construídos sobre um novo paradigma: cuidar, desmistificando o fetiche da crise. Entretanto, a apropriação da liberdade muitas vezes não ocorre para as pessoas em crise

psíquica, que escrevem suas “histórias de vida” nas paredes das instituições, nas portas trancadas e nas camisas de força químicas²².

A superação do fetiche da crise requer uma mudança paradigmática que coloque o indivíduo no centro do cuidado, em uma abordagem de corresponsabilidade, na qual o tempo do cuidado não está vinculado ao tempo do serviço, mas às necessidades do usuário. Somente assim será possível oferecer um atendimento de qualidade que respeite os direitos humanos e promova o cuidado em saúde mental em sua totalidade.

Referências

1. Dassoler VA. O acolhimento à e o desafio na atenção psicossocial. In: Zambenedetti G, Santos KA, organizadores. Saúde mental, Políticas Sociais e Democracia. São Paulo: Hucitec; 2022, p.143-157.
2. Moura BR, Amorim MF, Reis AOA, Matsukura TS. Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cad Saude Publica* [internet]. 2022;38(11):e00087522. DOI: 10.1590/0102-311XPT087522.
3. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psic UNESP*. 2007;6(1):31-44.
4. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 161-194.
5. Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, organizadores. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*. São Paulo: Zagodoni; 2018.
6. Zorzaneli R, Bezerra Júnior B, Costa JF, organizadores. *A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014.
7. Carvalho SL, Herreira LF, Ávila M, Nasi C, Tomiello CA, Tisott ZL, Ketzer N, Pinho LB. Significados dos sentimentos reverberados por trabalhadores no atendimento à pessoa em crise psíquica: estudo fenomenológico. *REME - Rev Min Enferm* [internet]. 2024;28:e-1552. DOI: 10.35699/2316-9389.2024.46943.
8. Araújo AP. (Des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2022.
9. Houaiss. Fetiche [internet]. [acesso em 8 fev 2025]. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br>
10. Mountain I. Fetichismo. In: Teo T, editor. *Enciclopédia de psicologia crítica*. Nova York: Springer; 2014.
11. Salvador RMC, Augusto MF, Rocha OB, Mello ISP. Estudo introdutório acerca do fetichismo. *Contextos Clínicos* [internet]. 2009;2(2):106-112. DOI: 10.4013/ctc.2009.22.05.
12. Carvalho DP, Simanke RT. Fetichismo e regressão em Freud e Adorno: da psicanálise à teoria social. *Psicologia USP*. 2024; 35:e220137. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e220137>
13. Duboc JR, Duriguetto ML. As categorias da alienação e do fetichismo na teoria social marxiana. *Rev Katál* [internet]. 2019;22(2):273-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592019v22n2p273>.
14. Foucault M. *História da loucura na idade clássica*. Coelho Neto JT, tradutor. 8. ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
15. Homercher BM, Volmer AL. Interlocuções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. *Physis* [internet]. 2021;31(3):e310312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310312>.
16. Basaglia F. *Presentazione a Che cos'è la psichiatria?* In: Basaglia FO, organizador. *Basaglia Scritti I*. Torino: Einaudi; 1981. p. 384-393.
17. Wasum FD, Siqueira DF, Xavier MS, Zubiaurre PM, Oliveira MAF, Sequeira CAC. Avaliação de quarta geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. *Saúde debate* [internet]. 2024;48(142):e9252. DOI: 10.1590/2358-289820241429252P.

18. Almeida ABA, Souza AIJ, Nascimento ERP, Rodrigues J, Zeferino MT, Hermida PMV. Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24:1035-1043.
19. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciênc. Saude Colet* [internet]. 2020 [acesso em 20 set 2021];25(2):595-602. DOI: 10.1590/1413-81232020252.09182018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?lang=pt&format=pdf>
20. Bonfada D, Guimarães J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. *Psicologia em Estudo* [internet]. 2012 [acesso em 08 fev 2025];17:227-236. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/p5GCm87JdCD9f3PKJPJw5NM/>
21. Basaglia F. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico?* Jahn H, tradutora. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
22. Sade RMS. *Portas abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas.* Marília: Oficina Universitária; 2014.

ARTIGO

A escuta em uma UPA: proposições de uma psicologia advertida pela psicanálise e sob a inspiração da Atenção Psicossocial¹

Listening in an Emergency Care Unit: propositions of a psychology informed by psychoanalysis and inspired by Psychosocial Care

Maico Fernando Costa^{II}

Resumo

Acreditamos que a construção e a exposição de reflexões a partir da práxis de uma/um trabalhadora/r da saúde, no âmbito hospitalar, têm o seu valor, sobretudo se, diante disso, a intenção é debater sobre uma escuta aos sujeitos em sofrimento psíquico em um local em que, tradicionalmente, o que se tem por objeto principal é tratar as doenças orgânicas sob o prisma do saber médico-hospitalocêntrico. O objetivo deste artigo foi refletir sobre a experiência de um psicólogo em uma Unidade de Pronto Atendimento, advertida pela psicanálise e inspirada na Atenção Psicossocial. O método que adotamos combinou as teorizações acerca da vivência de atendimentos de casos na Unidade hospitalar, na relação com os demais colegas da equipe, com uma pesquisa de caráter bibliográfico detida em textos de práticas de psicanalistas em hospitais e nas reflexões de Costa-Rosa, Luzio e Yasui. A/O psicóloga/o psicossocial hospitalar, advertida/o pela psicanálise, vale-se então desse horizonte, o qual visa a desbloquear os discursos que estão bloqueados. Nesses termos, acrescentamos que, junto à transformação das relações sociais institucionais, há nesse escopo de ação em saúde a viabilização de que nossos colegas de equipe possam se instrumentalizar igualmente pela variedade de terapêuticas relacionadas à postura psicossocial no hospital.

Palavras-chave: Serviços de atendimento de emergência. Psicanálise. Intervenção psicossocial.

Abstract

We believe that the construction and exposition of reflections based on the praxis of a health worker in a hospital setting has its value, especially if the intention is to debate how to listen to subjects in psychological distress in a place where the main object has traditionally been to treat organic diseases from the perspective of hospital-centered medical knowledge. The aim of this article was to reflect on the experience of a psychologist in an Emergency Care Unit, guided by psychoanalysis and inspired by Psychosocial Care. The method we adopted combined theorizing about the experience of dealing with cases in the hospital unit, in the relationship with other colleagues on the team, with bibliographical research into texts on the practices of psychoanalysts in hospitals and the reflections

^I Este artigo é um dos produtos da nossa dissertação de mestrado defendida no ano de 2016, intitulada "A clínica da urgência na Unidade de Pronto Atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no Sujeito do inconsciente".

^{II} Maico Fernando Costa (maicofernandodd@yahoo.com.br) é mestre e doutor em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), com pós-doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) e aprimoramento profissional em Saúde Mental e Saúde Pública pela DRS IX – Marília (SP). É coordenador executivo do Centro de Humanização da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

of Costa-Rosa, Luzio and Yasui. The hospital psychologist, warned by psychoanalysis, then makes use of this horizon, which aims to unblock the discourses that are blocked. In these terms, we would add that, along with the transformation of institutional social relations, this scope of action in health makes it possible for our teammates to be equally equipped by the variety of therapies related to the psychosocial stance in hospital.

Keywords: Emergency care services. Psychoanalysis. Psychosocial intervention.

Introdução

Acreditamos que a construção e a exposição de reflexões a partir da *práxis* de uma/um trabalhadora/r da saúde, no âmbito hospitalar têm o seu valor. Isso se dá, sobretudo, se a intenção é debater sobre uma escuta aos sujeitos em sofrimento psíquico em um local em que, tradicionalmente, o que se tem por objeto principal é tratar as doenças orgânicas sob o prisma do saber médico-hospitalocêntrico. Colocadas essas palavras, o objetivo deste artigo é refletir, por intermédio do lugar de psicólogo, sobre uma experiência de *práxis* em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que foi advertida pelas contribuições da psicanálise e esteve inspirada na Atenção Psicossocial, no que ela tributa originariamente ao campo da Saúde Mental e aos movimentos de Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no mundo.

Para a escrita deste texto, utilizamos como método de investigação as bases de pesquisa e de dados científicos Scielo, Lilacs, Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Recorremos ainda a textos científicos de psicanalistas que discorrem sobre a prática psicanalítica em hospitais. Em relação às contribuições da Atenção Psicossocial, de um modo mais objetivo e sintético neste trabalho, optamos especialmente pelas teorizações de Costa-Rosa, Luzio e Yasui¹ em seu artigo “Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva”.

O artigo está dividido em dois tópicos, “Uma psicologia advertida pela psicanálise” e “A inspiração na Atenção Psicossocial: proposições de um psicólogo psicossocial”. Trata-se de um ensaio que buscou tecer investigações preliminares, tendo por solo a experiência in vivo do trabalho no campo da Saúde e uma pesquisa bibliográfica que possuiu o intuito de servir de subsídio não só às questões teóricas, mas igualmente àquelas suscitadas pelos limites, fracassos e impossibilidades de nossa *práxis*.

Uma psicologia advertida pela psicanálise

O âmbito da Saúde Hospitalar é um particular *lócus* de atuação para o psicólogo advertido pela psicanálise. Está claro que são significativas as mudanças encontradas no momento em que saímos do tradicional consultório, para citar algumas: a configuração arquitetônica, o espaço utilizado e as noções de tempo. A *Clínica da Urgência*, inserida numa UPA^{III} e no Hospital Geral (como preferem as referências, às quais nos dedicamos), desafia os tratamentos à saúde restritos ao ambiente controlado. As variáveis descobertas pelo psicólogo advertido pela psicanálise na escuta ao sujeito do inconsciente são particulares àquele local².

Introduzimos o tempo como um dos nossos ângulos de análise. Por ele, os trabalhadores da Saúde Hospitalar organizam os procedimentos técnicos e organizam-se em equipe na direção do tratamento dos sujeitos do sofrimento. Existe o cronômetro nos procedimentos cirúrgicos, no intervalo entre uma medicação e outra, para

^{III} Unidade pré-hospitalar fixa. As UPAs estão em atividade 24 horas diárias, todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Elas têm a função de ser a porta de entrada da Urgência e Emergência, comprometendo-se em oferecer a retaguarda aos Hospitais Gerais, para os casos mais graves que precisarem de uma estabilização inicial e posterior encaminhamento à alta complexidade.

se iniciar e finalizar um atendimento, sem contar que, na maioria dos casos, em um Estabelecimento público, há um tempo máximo e mínimo para a permanência dos sujeitos nos leitos hospitalares.

Alocado na escuta que se dirige ao inconsciente, o psicólogo estará entre esses dois tempos: o do sujeito e o da instituição, e, pegando emprestada uma expressão utilizada por Costa-Rosa³, precisará realizar uma espécie de *cálculo de escuta*, de modo a não atrapalhar as intervenções médico-clínicas. Logicamente, não abrindo mão de apostar no discurso do sujeito, de provocar o surgimento da dimensão inconsciente no sofrimento [a princípio] físico. Façamos um adendo em tom de ressalva: na Unidade de Saúde Hospitalar, estendemos a escuta não só aos sujeitos do tratamento, levamos em conta também os seus acompanhantes, na particularidade de cada um, também inclusos na experiência do Acidente.

No cotidiano Hospitalar, o tempo do sujeito e dos trabalhadores pode se confundir. Convivemos com a visível correria e rapidez da equipe para se tratar a doença. Conforme Machado e Chatelard⁴ (2013), estamos afastados das normas e técnicas convencionais, dos contratos que estabeleceríamos com os sujeitos se estivéssemos no *setting* entre quatro paredes. Sobre isso, Elias⁵ disse: o atendimento é

[...] atravessado ainda por vários complicadores: enfermarias lotadas, falta de privacidade, interrupções, exames, altas, etc. permeados ainda por falta de vagas até cancelamento de exames após longa espera em jejum ou mesmo cirurgias; ou seja, questões outras que não se relacionam diretamente com seu estado clínico e que vão ser vivenciadas de maneira singular pelo paciente.

O divã não existe, não há salas individuais propícias. Em uma mesma sala, existem outros sujeitos, sem qualquer divisória que os separe; ficam um ao lado do outro. A equipe médica e de enfermagem está o tempo todo entrando na sala para acompanhamento, muitas vezes, precisando interromper a escuta, para a avaliação rotineira dos casos. Escutar o sujeito em seu sofrimento, nesse contexto, é poder driblar os imprevistos, as diversas interferências que aparecem em lapsos de segundos.

Os eventos imprevisíveis convocam nossa presença, requerem a inventividade para “adaptar a nossa técnica às novas condições”⁶. Nos corredores, na recepção, no lado externo do prédio, nas salas de observação, de hidratação, de inalação, na sala de Emergência, o propósito é operar com a psicanálise onde quer que tenha um sujeito para falar do que dói. Para

[...] que esse trabalho seja possível, é preciso contar com a criatividade do analista; com a capacidade de produzir recursos simbólicos para a instauração dos dispositivos analíticos, visto que tais recursos são precários no hospital. Dito de outra forma, diante das surpresas provocadas pelas situações do cotidiano hospitalar, é imprescindível o saber fazer do analista no que concerne às condições para que a prática do trabalho analítico seja possível.⁴

Reafirmamos, diferentemente de Machado e Chatelard⁴ e das demais referências, que não partimos da posição de nos dizer analistas; porém, ao que pretendemos, como trabalhadores advertidos pela psicanálise, o *saber-fazer* (ou *fazer-saber*) baliza a peculiaridade de nossa *práxis*. A produção de recursos simbólicos é não deixar de tentar operar com o Dispositivo Analítico, mesmo em circunstâncias tidas por inóspitas. Se não existem recursos materiais, uma cadeira e uma sala “adequada” para o atendimento, os corredores, os quartos e uma sala (mesmo que utilizada para outros fins) nos servem.

Dentre os sujeitos que pudemos atender, existem casos para exemplificarmos a adaptação de nossa escuta [a técnica] às “novas” condições. Um desses sujeitos era um homem, tinha uma queixa de dor no

coração, estava aguardando exames. Ele estava andando pelo corredor de um lado para o outro, até que parei na sua frente e perguntei o que havia lhe trazido à UPA. Respondeu-me que era o peito, uma dor que não sabia de onde vinha. Quando me apresentei, dizendo que era o psicólogo, ele disse: “*meu problema não é de amor não, não preciso de psicólogo*”. A resposta desse homem por si só desencadeou outras questões, interrogadas e trabalhadas ali mesmo no corredor. As salas de atendimento estavam todas lotadas, o corredor era o único espaço para o nosso trabalho.

Segundo Torezan e Costa-Rosa⁷, “em geral, as situações no hospital constituem uma práxis atípica, na qual o sujeito se depara com o inesperado e o analista com demandas pouco definidas ou mesmo inexistentes”. A transferência é um conceito que utilizamos e que se conecta bem com a ideia de demanda, nessa *práxis* adjetivada por atípica, na citação que elegemos. Sobre a demanda, como nos ensinou Lacan⁸, ela está nas origens da linguagem – é uma invocação feita pelo sujeito, instaurada na existência de uma presença representativa de uma ausência –, a demanda é demanda de amor, o amor ao saber.

A suposição de saber dos sujeitos na Instituição Hospitalar, via de regra, em um primeiro instante, é com o saber médico: eles não sabem da existência de um profissional para escutar as suas aflições. O sujeito vai ao Hospital para ser curado de sua “doença”, para ser medicado, receber um curativo em uma ferida no corpo, isto é, ele quer do saber médico um alívio. “Pode-se dizer que a transferência no contexto da Instituição Hospitalar seja, a princípio, um significante que aponta para a existência de um saber outro sobre o sofrimento do ser”⁹. A demanda de tratamento psíquico requer a palavra, ela terá que ser formulada, e, para isso, é preciso que o trabalhador, psicólogo advertido pela psicanálise, manobre essa transferência⁹. Entretanto, precisamos estar avisados de que nem todos os sujeitos vão falar, enunciando uma demanda; o que não nos deverá impedir de ofertar a escuta. Na UPA, os que se aventuraram a falar com o psicólogo, e não foram poucos, puderam endereçar um saber suposto naquele que os escutava. Curioso como o fato de que, para alguns, descobrirem que estavam falando com um psicólogo possibilitou que se mobilizassem da posição fixada na doença para uma posição subjetiva, de trazerem à tona outros significantes que os representavam.

Para Elias⁵, somente o desejo do sujeito de se implicar em seu discurso, permitindo que o inconsciente se manifeste como linguagem, garantirá a realização de um tratamento analítico no Hospital. Acresceríamos, reiterando, que, anterior ao surgimento do desejo do sujeito no processo analítico, há a necessidade de formular uma demanda que possa ser endereçada a um outro, representado na figura do psicólogo advertido pela psicanálise. Ressaltamos que esse processo não é tão simples, o psicólogo não pode se identificar com esse outro, como alguém que possui o saber do sintoma do sujeito e o enxertará nele; porém, deve convidá-lo a endereçar a suposição de saber que possibilite o reconhecimento de um para-além da queixa.

É importante para o sujeito se dar conta, na presença da “doença”, de que existem outros porquês ausentes de suas inquietações: tão notáveis quanto o é o sofrimento fisiológico do corpo. “Enquanto o sujeito puder falar, escutá-lo é testemunhar que o inconsciente insiste e a história do sujeito persiste para além do corpo biológico”⁵. Assim, a demanda de querer saber de si coincidirá com o desejo de se implicar no discurso.

E em que pese o lugar do tratamento psíquico na instituição hospitalar, Alberti¹⁰ sinaliza que o Hospital não tem de ser pensado apenas como um lugar de impossibilidades. Apesar das exigências e peculiaridades que cria, tem de ser visto como um espaço necessário. Essa afirmação concorda com o que Freud sonhou no texto: *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* [(1919 [1918])], vislumbrando uma psicanálise em outros espaços, nas Instituições Públicas: “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa”⁶.

Um detalhe não menos importante do trabalho de escuta no Hospital é a convivência com o Discurso Médico. Segundo Clavreul¹¹, o Discurso Médico é uma das variações do Discurso do Mestre, atuando no diagnóstico e prognóstico a partir do Discurso da Universidade, ele “tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada”¹². Frente ao Discurso Médico, importa-nos lembrar que os sujeitos não são apenas objetos passíveis de intervenção clínica, ou mesmo corpos hospedeiros da doença, “mas sujeitos – com toda divisão que este termo comporta em psicanálise”¹⁰.

Como ilustração de uma articulação feita com o saber da medicina, há um caso que pude atender. Era uma mulher, aparentando ter os seus 35 anos. Durante dias, essa mulher vinha à UPA, por conta de desmaios e convulsões. Da última vez, quando tive o primeiro contato com ela, a queixa era de não conseguir andar, estava com o corpo mole. O médico que a atendeu não sabia o que fazer, chamou o assistente social que estava por perto; este, por sua vez, aproveitou e sugeriu que a mulher fosse encaminhada para mim. Consegui escutá-la em um dia. No dia seguinte, ela retornou mais uma vez. Um trabalho foi feito, tendo em vista as questões que ela trouxe. Depois disso, essa mulher que insistentemente procurava no saber médico a resposta à angústia, após situar minimamente o núcleo de sua demanda, não voltou mais para ser atendida na UPA, prosseguindo com o seu trabalho subjetivo em outro Equipamento de Saúde no Território.

Procurei o médico que a atendeu para falar da experiência que tive com o sujeito. Pontuei sinteticamente, sem denunciar a intimidade do discurso dela, o que compunha a história do sujeito e nos permitia dizer que o seu pedido de ajuda não era só um “*piti*”, uma mentira ou um fingimento. Eram as rotas escolhidas por ela para poder expressar em palavras a sua verdade, escondida por detrás dos sintomas, de desmaiar, de convulsionar e de não andar. E, realmente, não seriam as medicações e as respostas, “*de que tudo ficará bem*”, que resolveriam o seu problema. Depois dessa conversa com o médico, ele começou a me direcionar todos os sujeitos que chegavam e “*não eram trabalho para a medicina*”, ou dos quais ele identificava a importância do acompanhamento do psicólogo no tratamento.

De acordo com Carvalho e Couto¹³, em uma Instituição Hospitalar, o psicanalista, em nosso caso, o psicólogo advertido pela psicanálise, precisa se posicionar diante das situações que exigem o apontamento de uma solução. “E isso não é apenas em relação às situações que envolvem pacientes e familiares, mas também diante de outros profissionais da instituição”¹³. Os psicanalistas tratam a escuta no contexto Hospitalar em torno de uma tríade, sujeito do sofrimento-família (acompanhantes)-equipe. Longe do *lócus* histórico, de onde nasceu a *práxis* que lida com os fenômenos do inconsciente, cumpre analisarmos criticamente os limites e alcances da Clínica, indispensáveis para o exercício da prática de escuta na Instituição Hospitalar¹⁴.

A especificidade da *práxis* psicanalítica na UPA, e por extensão a outros Estabelecimentos hospitalares, nos direciona a uma primeira conclusão: devemos considerar as singularidades dos espaços em que estamos nos inserindo. Precisamos delimitar os limites de nossa atuação como trabalhadores, psicólogos^{5, 15}, devemos incluir, aí, a relevância que há em considerarmos os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) no diálogo com outros campos de saber, dentre os saberes das especialidades na equipe e entre os Estabelecimentos de Saúde no Território.

Lidamos com situações críticas, são elas que, na Clínica localizada na Urgência, terão materialização em um corpo desterritorializado abruptamente. “No hospital, como disse anteriormente, o corpo dói, a angústia, advinda do encontro com o inesperado da doença, faz o sujeito tentar achar uma saída”¹⁶. Falamos daquele que acaba de chegar ao Estabelecimento após sofrer um Acidente. O *dizer* está silenciado pela invasão avassaladora de uma “*pancada*”: uma queda de moto, uma briga de rua, uma tentativa frustrada de suicídio, uma filha lamentando o adoecimento de sua mãe. Apontamos o silenciamento do *dizer*, mas, a rigor, o que há é uma expressão *mal-dita* de sua dor, quando ainda não há um significante capaz de dar um basta ao gozo excessivo.

A intrusão do gozo, fulgurante, é o achatamento do sujeito, esmagado por sentir o corpo se destruindo em pedaços. Muitos se calam resignados, aguardando a morte, impossibilitados de agir na presença de suas desgraças, limitando-se ao uso das medicações e às faixas dos seus curativos. “Adoecer é um momento de crise, de perdas, onde se esbarra com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana”¹⁶. Todavia, o sujeito não estaria somente achatado, ele está momentaneamente abolido.

Os sujeitos caídos se manifestam de variadas formas, como objetos da intervenção médica. A maneira como se deparam com os impossíveis¹⁷ – de se aguentar a iminência da finitude, de retornar a um estado de completo bem-estar – configura a *demanda* no sofrimento. Os pedidos de eliminação dos incômodos físicos, de um exame que dê conta de atestar o diagnóstico, numa dimensão de alienação ao sintoma, é o sujeito construindo suas fantasias para contornar o caráter cessível da realidade. Isso aparece mais acentuadamente quando não há uma causa empírica constatável em exames clínicos, necessários para a designação de uma doença.

Na impossibilidade de o saber médico reparar a sua dor, o “doente” se vê às voltas de uma encruzilhada. Talvez, nessa situação, a fala não esteja articulada ao *dizer*; de outro modo, poderia ser expressa. Contudo, “você não acham que, com o significante, tocamos em algo a propósito do qual poderíamos falar em emergência?”⁸. Dialogando com Lacan, respondemos que sim, a captação de um significante-mestre não somente barraria esse gozo atroz e não localizado no corpo, como proporcionaria um sentido capaz de se abrir para outros sentidos. A Emergência de sujeito é este trabalho subjetivo que inclui o “começar” a falar, *dizer*, livremente. Sem a possibilidade de se enunciar pela voz, a angústia e a desesperança tomam espaço; dificilmente há uma abertura para cifragem de gozo pelo significante. Noutras palavras, dificilmente o sujeito poderia perceber uma enunciação também além do seu enunciado.

Na perspectiva de trabalho que propomos, a partir da *Clínica da Urgência*, objetivando a Emergência de sujeito, Urgência e Emergência estão em continuidade moebiana: entrecruzam-se, têm o seu ponto de partida no sujeito do inconsciente. Isto é, escutaremos os sujeitos acolhendo a dor física que punge o seu corpo, porém, entenderemos na queixa a existência de um sofrimento psíquico, a chance, para aquele que sofre, de experimentar os efeitos de sua própria fala.

A inspiração na Atenção Psicossocial: proposições de um psicólogo psicossocial

De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui¹, o conceito “Psicossocial” é originário das críticas mais sérias que são realizadas a um tipo de Psiquiatria de cunho organicista, propondo, dessa maneira, um novo paradigma de prática de Saúde Mental. Esse termo caracteriza movimentos ao redor do mundo de tensionamento e de reforma à Psiquiatria, conferindo à “loucura” um lugar que compreende aspectos psíquicos e sociais entrelaçados. Cito aqui alguns desses movimentos: Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria. Todos esses movimentos contribuíram, portanto, para uma nova forma de tratar o sofrimento mental com as suas práticas de atenção em sentido amplo. E no que se refere ao Brasil, durante a década de 1980, o conceito designa dispositivos de atendimento em Saúde Mental: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse caminho, beneficiamo-nos do conceito, importando-o para o campo de atuação da Psicologia nos hospitais, na mesma linha ética: escutando os sujeitos e não a doença, questionando antes as práticas de medicalização e encarceramento da “loucura” e procurando criar espaços que viabilizem o exercício da voz e do protagonismo humano.

E, salientando a discussão a respeito do quanto a/o psicóloga/o pode se inspirar nos princípios e práticas da Atenção Psicossocial, delineamos, com algumas reflexões preliminares, as suas intervenções psicossociais, sustentando-as de início com uma pergunta: O que seria uma Psicóloga Psicossocial no contexto do hospital?

Reforçamos a premissa de que é um trabalhador transdisciplinar, um profissional que não se limita às suas funções originárias da formação que o credenciou a atuar, é alguém com ousadia o suficiente para pretender, para além das suas incumbências oficiais, uma transformação da realidade social na qual se encontra. Nesse sentido, preocupar-nos-íamos não somente com os sujeitos que atendemos em consulta psicológica, mas, igualmente, com as equipes que partilham conosco do mesmo chão de trabalho. Notemos que, quando menciono “equipes”, estou lembrando vias de fato de todas as pessoas que se encontram no hospital e com as quais conseguimos conviver: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, especialidades médicas diversas, assistentes sociais, trabalhadores da limpeza, de higiene, farmácia, cozinha, costura, agentes controladores de fluxo (os conhecidos seguranças), colegas da recepção e outros.

A ação do Psicólogo Psicossocial Hospitalar caminha nessa direção, conforme costumamos dizer, em que possamos falar com companheiros que atuam no hospital, ocupando espaços em deslocamento. Nesses termos, nessas variadas linhas de frente de trabalho propostas, emprestamos o nosso corpo e a nossa subjetividade (força de trabalho), sem pagarmos por excesso de narcisismo e de sofrimento, como suporte das diversas transferências que a nós podem ser endereçadas. Isso ocorre no instante em que abrimos a porta para trabalhos que também pretendam transformar as instituições em lugares em que as pessoas, todas elas como um todo, possam “falar-fazendo-se-escutando”. Lembramos que os sujeitos que atendemos não precisam ser tomados como objetos, pessoas incapazes de falarem por si próprias ou “incapacitadas”, e os trabalhadores com quem estamos no cotidiano não precisam ser nosso objeto de ódio ou nossos rivais: importa-nos mais a convivência do que a concorrência^{18,19}.

Conclusão

Colocadas as livres-teorizações sobre o que compõe a posição psicossocial no hospital, advertida pela psicanálise, em forma de notas, enumeramos as ofertas psicossociais as quais acreditamos serem possíveis de operar em nossa escuta psicológica cotidiana: Projeto Terapêutico Singular (PTS); Acompanhante Terapêutico; Oficinas terapêuticas; Rodas de conversas; Apoio institucional; Prática “entre vários”. Reforçamos que todos esses dispositivos, originariamente, são ferramentas metodológicas para tratar as crises psíquicas na Saúde Mental. Lembramos que a materialidade dessas ferramentas possui menos o seu lugar de operar com elas, única e exclusivamente, do que se beneficiar delas como uma dentre múltiplas formas de colocar em cena uma prática psicossocial de atendimento.

A/O psicóloga/o psicossocial hospitalar, advertida pela psicanálise, vale-se, então, desse horizonte, o qual visa a desbloquear os discursos que estão bloqueados (de quem, pacientes, equipe) e que padecem pela ausência do dizer, por isso, aproveitamos toda e qualquer brecha na instituição para ofertar essa nossa disposição de escuta que tem como mote: a instrumentalização de outras posições psicossociais. Nesses termos, acrescentamos que, junto à transformação das relações sociais institucionais (as quais são permeadas por vaidades, rivalidades e narcisismos), há, no nosso escopo de ação em saúde, a viabilização de que nossos colegas de equipe possam se instrumentalizar igualmente pela variedade de terapêuticas relacionadas à postura psicossocial no hospital. Sabemos que sozinhos dificilmente chegaremos a algum lugar.

Referências

1. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*; 2003. p.13-44.

2. Costa MF. A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências e Letras de Assis da Unesp; 2016.
3. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Unesp; 2013.
4. Machado MDV, Chatelard DS. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora* [internet]. 2013 [acesso em 18 out 2018];16(1):135-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v16n1/v16n1a09.pdf>.
5. Elias VA. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Rev. SBPH* [internet]. 2008 [acesso em 18 out 2018]; 11(1): 87-100. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007.
6. Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919 [1918]); p. 171-184.
7. Torezan ZC, Costa-Rosa A. Escuta analítica no hospital geral: implicações com o desejo do analista. *Psicologia ciência e profissão* [internet]. 2003 [acesso em 30 out 2018]; 23(2): 84-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n2/v23n2a12.pdf>.
8. Lacan J. O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar; 1999.
9. Carvalho SB. O hospital geral: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico. Como Opera o Psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
10. Alberti S. O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Rev. SBPH* [internet]. 2008 [acesso em 18 out 2018];11(1):143-60. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011.
11. Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.
12. Moretto MLT. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
13. Carvalho SB, Couto LFS. A presença do psicanalista no hospital geral: sua escuta e suas intervenções. In: Batista G, Moura MD, Carvalho SB, coordenadores. *Psicanálise e hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wark, 2011. p. 133-42. v. 5
14. Palma CMS, Jardim LL, Oliveira IM. Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. *Ágora* [internet]. 2011 [acesso em 18 out 2018];14(1):113-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982011000100008&script=sci_arttext.
15. Moura MD. *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 3-16. (Psicanálise e urgência subjetiva)
16. Moura GCM. Urgência subjetiva e tempo – O que é isto? In: Moura MD, coordenador. *Psicanálise e hospital 3 – tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 17-22.
17. Freud S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 305-10.
18. Benelli SJ, Périco W, Costa-Rosa A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. *Revista de Psicologia da UNESP* [internet]. 2017 [acesso em 18 out 2018];16(1):01-17. Disponível em: <https://www.revistas.unesp.br>.
19. Costa-Rosa A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da UNESP* [internet]. 2019;1:37-54. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>.

ARTIGO

Autonomia e contratualidade: eixos-norteadores para uma práxis ético-política em saúde mental

Autonomy and contractuality: guiding axes for an ethical-political praxis in mental health

Rafaella Pinheiro Cesario¹

Resumo

O artigo alerta para a importância de se atentar para a forma como o cuidado em saúde mental é ofertado, enfatizando que ele não é neutro, pois reflete visões de mundo distintas e produz também efeitos distintos. São contrastados dois paradigmas em saúde mental: o manicomial e o comunitário. Os efeitos da institucionalização e medicalização promovidas pelo modelo manicomial e que serviram de motivação para a reforma psiquiátrica, na busca de um novo modelo eticamente comprometido, são discutidos. Ademais, os princípios pelos quais a reforma se orienta são apontados, bem como os desafios encontrados para a consolidação da reforma, tal como o desconhecimento do processo histórico pelo qual se deu e das normas e diretrizes que a orientam, além das novas formas de institucionalização que surgem no interior da rede de atenção psicossocial. A vulnerabilidade é destacada como desafio na efetivação do direito à saúde e a equidade como direcionamento para sua superação. Por último, a autonomia e a contratualidade são conceituadas e discutidas como eixos para a construção de uma práxis ético-política em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental. Vulnerabilidade social. Autonomia pessoal.

Abstract

This article emphasizes the importance of paying attention to the way mental health care is provided, stressing that it is not neutral, as it reflects different worldviews and also produces different effects. Two paradigms in mental health are contrasted: the asylum model and the community model. The effects of the institutionalization and medicalization promoted by the asylum model, which served as motivation for the psychiatric reform, in the hopes of creating a new ethically oriented model, are discussed. Furthermore, the reform's guiding principles are explored, as well as the challenges that hinder its consolidation, such as the lack of knowledge regarding the historical process by which it occurred and its guiding norms and principles, as well as the new forms of institutionalization that arise within the psychosocial care network. Vulnerability is highlighted as a major obstacle to the right to health, as well as the concept of equity as an ethical guideline to overcome said obstacle. Finally, autonomy and contractuality are conceptualized and discussed as axes for the construction of an ethical-political praxis in mental health.

Keywords: Mental health. Social vulnerability. Personal autonomy.

¹ Rafaella Pinheiro Cesario (rafaellapinheirocesario@gmail.com) é psicóloga formada pelo Centro Universitário de Brasília e mestre em Direitos Humanos e Cidadania pela Universidade de Brasília (UnB). Psicóloga Clínica em um estabelecimento pautado pela ética antimanicomial. Docente do Centro de Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT).

Cuidado! – o cuidado não é neutro

A forma que o cuidado assume nunca é neutra. Ao contrário, a opção por uma intervenção ou outra, a forma de comunicação utilizada, os processos de gestão e atenção empregados, revelam uma visão de mundo. Imagine isto: um prédio grande, afastado da cidade. À medida que você chega mais perto, nota que há grades nas janelas. Quando você entra, rapidamente sabe quem é quem, afinal, os médicos, enfermeiros, psicólogos, todos vestem branco. Mesmo que os profissionais não usassem branco, seria fácil discernir quem é quem, pois os pacientes lembram zumbis, com seus movimentos lentificados e olhos vazios. Alguns usam camisas de força. A prática de eletrochoque não é incomum. Um dos pacientes, quando perguntado, tem dificuldade de se lembrar há quanto tempo está ali. Você nota que, de repente, não há muitas pessoas de jaleco branco. Elas estão numa reunião de equipe, decidindo entre eles sobre aqueles do lado de fora da sala.

Agora, imagine um pequeno prédio, no meio de um bairro, onde é fácil ir e vir de ônibus. Aqui não há grades nas janelas. Há uma assembleia acontecendo, na qual estão sendo tomadas decisões sobre as atividades oferecidas. É difícil saber quem é quem, afinal, não há ninguém de jaleco branco. Dentre as atividades, há um espaço denominado GAM – Gestão Autônoma de Medicação – onde os usuários participam das escolhas referente às estratégias medicamentosas do seu tratamento. Usuários passam algum tempo aqui, mas, ao final do dia, voltam para suas casas, para suas vidas. Aos poucos, deixam de vir. Fulano voltou a trabalhar. Cicrano se casou.

Ambos estabelecimentos cuidam dos loucos ou, como no segundo tipo se referem a eles, das pessoas em sofrimento – a linguagem usada também revela muito –, porém, partem de concepções diametralmente distintas. As concepções das quais partem, por sua vez, moldam como enxergam os fenômenos e, conseqüentemente, as intervenções elegidas.

Um experimento realizado entre 1969 e 1972 pelo Prof. David Rosenham¹, psiquiatra da Universidade de Standford, ilustra bem essa recursividade. No experimento, pseudopacientes, nenhum dos quais com quaisquer sintomas ou histórico de transtornos mentais, foram enviados para hospitais psiquiátricos onde, em um primeiro momento, relataram sintomas fictícios, como alucinações auditivas, fazendo com que fossem internados. Após essa entrevista inicial que levou à internação, todavia, comportaram-se normalmente e, quando perguntados, respondiam que não mais apresentavam os sintomas inicialmente descritos e que se sentiam bem.

O estudo evidenciou que, uma vez diagnosticados, os participantes não mais conseguiam escapar do diagnóstico. O professor apontou que os diagnósticos recebidos eram tão poderosos que vários dos comportamentos normais apresentados pelos participantes foram inteiramente ignorados ou profundamente mal interpretados. Comportamentos que em pessoas sem diagnósticos seriam atribuídos a outras causas, na presença do diagnóstico eram atribuídos à psicopatia, o que apenas reforçava o diagnóstico. Isso leva ao questionamento bastante pertinente,

No fundo, a questão de saber se o são pode ser distinguido do insano (e se os graus de insanidade podem ser distinguidos uns dos outros) é uma questão simples: as características salientes que levam aos diagnósticos residem nos próprios pacientes ou nos ambientes e contextos em que os observadores os encontram?².

Um aspecto que aponta para os efeitos da própria institucionalização foi evidenciado nos registros dos participantes, que contabilizaram as interações com a equipe. Os registros indicaram que a média do tempo de contato diário entre os eles e a equipe era de apenas 6,8 minutos, o que, dentre outras coisas, como ser reduzido a um diagnóstico, contribuía para uma imensa sensação de impotência diante da constante despersonalização a que estavam expostos no hospital psiquiátrico. Franco Basaglia, uma das figuras mais importantes da reforma

psiquiátrica, aponta que muito daquilo que é atribuído à doença, na verdade, é consequência do processo de institucionalização³ e da desumanização por ele promovida. A violação de direitos básicos, a exclusão e marginalização social evidenciam que a finalidade não é cuidar dos loucos, mas manter os considerados sãos (e o sistema produtivo) à salvo.

Foucault⁴ define dispositivo como uma rede composta por elementos heterogêneos, como: discursos, instituições, leis, proposições morais, medidas administrativas – componentes ditos e não ditos – que se articulam em jogos de saber-poder-subjetivação. Eles surgem, em dado momento histórico, em torno de determinada esfera de problemas aos quais objetivam dar solução. A clínica nasce de forma contemporânea ao capitalismo e com o objetivo de produzir indivíduos dóceis, saudáveis e úteis a esse sistema⁵. Os loucos eram vistos como uma ameaça à condição social. A metade do século XVII marca a emergência das casas de internamento e grandes hospícios que representam locais de confinamento destinados a salvar a sociedade desse perigo, promovendo a possibilidade de maior controle e vigilância. O dispositivo, todavia, não é algo estanque, uma vez que é passível de reinvestimento dos sujeitos quanto a esses próprios dispositivos.

Os dois estabelecimentos descritos representam dois paradigmas diferentes na saúde mental. O primeiro, o manicomial. O segundo, o comunitário e baseado no respeito dos direitos humanos e na liberdade, fruto da reforma psiquiátrica que questionou e repensou o dispositivo anterior. Cada qual parte de pressupostos distintos, cria instituições condizentes com esses pressupostos, cada qual, por sua vez, possui objetivos e efeitos diversos. Na reforma psiquiátrica italiana, na qual a brasileira se inspirou, Basaglia promoveu mudanças em três esferas: a normativa, a institucional e a prática. Ele inicia pela prática no hospital psiquiátrico no qual trabalhava em Gorizia. Lá ele proibiu o uso do eletrochoque e uso de camisas de reforça; retirou as grades das janelas e extinguiu os jalecos brancos, que eram um símbolo do poder e da hierarquia no interior do manicômio; e organizou reuniões e assembleias, nas quais os pacientes poderiam participar.

Todavia, mesmo após essas mudanças, o problema principal persistia: o da liberdade e da exclusão social. Foi em Trieste que Basaglia aboliu o manicômio e criou uma rede comunitária substitutiva, promovendo, assim, uma mudança institucional radical. A experiência de Trieste recebeu reconhecimento internacional, tornando-se o modelo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1978, as mudanças chegam ao nível normativo: o Parlamento italiano aprova uma nova lei (n. 180, chamada de Lei Basaglia) que decreta o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos⁶.

No Brasil, em 1978, inspirados pela reforma italiana, profissionais brasileiros denunciaram as condições de degradação humana que vigiam na maioria dos hospitais psiquiátricos no país à Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam). Em 1979, em resposta a essa denúncia, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e, em 1987, o movimento antimanicomial, no qual familiares e usuários se juntavam aos profissionais na luta por uma outra forma de cuidado. Depois de doze anos de tramitação e debates dentro do Congresso, a lei Paulo Delgado, que põe fim aos manicômios e cria uma rede substitutiva, foi sancionada em 2001.

Essa mudança de paradigma, entretanto, nunca foi inteiramente realizada. O novo modelo sofre ataques e retrocessos com a persistência da hegemonia do modelo biomédico e a crescente medicalização da atenção à saúde, a permanência de hospitais psiquiátricos e a expansão do repasse financeiro do Estado para as comunidades terapêuticas (que nada têm a ver com as comunidades terapêuticas da reforma italiana. Ao contrário, funcionam de forma paraestatal, de modo muito diverso das diretrizes propostas pela Política de Saúde Mental). Todavia, não é só de fora que a reforma é atacada. No interior da própria rede substitutiva, essa transição paradigmática não parece consolidada.

Na dissertação “O Direito Humano à Saúde Mental: compreensão dos profissionais da área”⁷, Brito aponta o desconhecimento de grande parte dos profissionais da área de saúde mental acerca da Lei Paulo Delgado e

do movimento antimanicomial, que deveriam pautar sua atuação em saúde mental. Goulart⁸, por sua vez, aponta a existência de novas formas de institucionalização na rede substitutiva. A Política Nacional de Saúde Mental tem como dispositivo central os CAPS, que, ao contrário dos hospitais psiquiátricos que vêm substituir, tem como objetivo deslocar o centro do cuidado para fora do hospital, em direção ao território daqueles atendidos. Contudo, a centralidade dos sintomas, em detrimento de uma abordagem que leve em conta o sujeito em sua totalidade, decorrente da manutenção da hegemonia da lógica biomédica, focaliza os transtornos mentais como fenômeno individual, desconsiderando as dimensões políticas, culturais e sociais do sofrimento. O tratamento torna-se sinônimo de medicalização e pouco se pauta na lógica territorial, de tal sorte que se dissocia do desenvolvimento subjetivo.

Na sua Pedagogia do Oprimido, Freire⁹, a partir do conceito de *práxis*, adverte para a necessidade de articular prática e reflexão, uma vez que nosso fazer produz efeitos no mundo (e em quem cuidamos). Resgatando o conceito foucaultiano de dispositivo, o que torna possível operacionalizar o dispositivo – e também subvertê-lo de seus propósitos originais – é seu preenchimento estratégico¹⁰. Assim, a própria organização do serviço – os conceitos norteadores, as formas de deliberação e escolha elegidas, as modalidades de oferta de cuidado disponibilizadas – se orientada por uma bússola cujo norte seja o horizonte ético-político da luta antimanicomial, tem o poder de fazer o sonho da reforma tornar-se realidade.

Vulnerabilidade e equidade: desafio e direção

A reforma psiquiátrica brasileira se constitui articulada aos princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais se destacam a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, assim como os princípios da integralidade, equidade e universalidade. Embora estabelecido pela Lei 8.080, o SUS é previsto na Constituição Cidadã¹¹ e se orienta, por sua vez, pelos princípios e objetivos nela presentes. Esses princípios e objetivos, além do próprio conceito de saúde adotado, reconhecem desafios a serem enfrentados, assim como indicam a direção a ser seguida para sua resolução.

A dignidade é considerada o princípio irradiador da Constituição, aquele ao qual todos os demais se subordinam e perante o qual todos se orientam. Ao estabelecer como objetivo a redução das desigualdades, a carta magna reconhece esse como um problema a ser superado para que o alcance da dignidade seja possível. O conceito de saúde adotado pela Constituição e pelo SUS, e posteriormente pela RAPS, baseia-se naquele estabelecido na 8ª Conferência de Saúde¹², onde a necessidade de uma reforma sanitária foi constatada e as linhas gerais do novo sistema foram concebidas. A saúde é descrita como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde – o que evidencia sua multideterminação e complexidade. Tal conceito fundamenta-se na teoria dos determinantes sociais de saúde, definidos na 62ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS como,

[Os] determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente¹³.

Além da Constituição e do SUS, a reforma psiquiátrica também se inspira na Declaração de Caracas¹⁴, proclamada pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada

pela Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS, 1990), que tem como princípios: (1) a descentralização da atenção psiquiátrica; (2) a revisão crítica do papel centralizador e hegemônico do hospital psiquiátrico no tratamento de transtornos mentais; (3) o respeito à dignidade pessoal e aos direitos humanos e civis das pessoas atendidas; e (4) a organização de serviços comunitários de saúde mental que garanta o cumprimento das legislações dos países.

A Lei Paulo Delgado¹⁵, em consonância com o disposto na Constituição, com o SUS e com a Declaração de Caracas, redireciona o modelo assistencial de tal sorte que ele passe a ter o respeito aos direitos das pessoas com transtorno mental em seu cerne, e a reinserção social como seu direcionamento. Isso evidencia um giro na concepção de saúde mental. No lugar da tradicional dicotomia saúde/doença, em que o objetivo é a remissão de sintomas, a díade existência/sofrimento, que ressalta a indissociação entre saúde mental e as relações humanas desenvolvidas no corpo social¹⁶ e coloca o sujeito, e não a doença, no centro do tratamento.

Nesse sentido, a vulnerabilidade torna-se um desafio ao direito à saúde e à universalidade almejada pelo SUS. Judith Butler¹⁷ argumenta que toda vida é precária, pois toda vida depende de cuidados para que possa viver. Isto é, toda vida requer diversas condições sociais e econômicas para ser mantida como vida. A dignidade depende dessas mesmas condições. Entretanto, a precariedade não é distribuída igualmente no tecido social. O “ser” é inscrito na relação com os outros, nas normas e organizações sociais e políticas que se desenvolvem historicamente de modo a maximizar a precariedade para alguns e minimizá-la para outros, de forma que alguns são fadados a carregar o fardo da fome, do subemprego, da privação de direitos e da exposição diferenciada à violência e à morte. O conceito de vulnerabilidade social decorre da estratificação social que produz iniquidades no acesso à bens materiais e imateriais, produzindo assim, também, diferenças de saúde.

Há uma relação bidirecional entre saúde mental e vulnerabilidade. Por um lado, estar em condição de vulnerabilidade é um fator de risco para a deterioração da saúde mental. Discriminação, marginalização e a experiência de ter direitos civis, políticos, sociais econômicos e culturais negados afetam a autoestima e autoconfiança, bem como resultam em isolamento, outro fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais¹⁸. Por outro lado, devido ao estigma e à marginalização sofrida, transtornos mentais também geram vulnerabilidade. Essa população experiencia barreiras desproporcionais de acesso à educação e oportunidades de trabalho, além de, historicamente, ter sofrido restrições aos seus direitos civis e políticos¹⁹.

A vulnerabilidade, outrossim, constitui uma barreira à dignidade humana e ao direito universal à saúde. Se a vulnerabilidade é o obstáculo, a equidade, por sua vez, é o caminho para sua superação. A equidade implica reconhecer as diferenças e desigualdades a fim de minimizar a distribuição desigual da precariedade e promover a justiça social. Diferente da igualdade, que diz respeito a dar o mesmo para todos, a equidade é orientada pelas necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social. Sendo, assim, tão singular, como operacionalizar a equidade no cotidiano do cuidado?

A autonomia e o aumento do poder de contratualidade: uma bússola para orientar o cuidado

Considerando as condições de vulnerabilidade, das quais sofrem muitos daqueles que vem a necessitar de cuidados em saúde mental, bem como o legado, que infelizmente ainda persiste no interior de muitos CAPS, de institucionalização e marginalização que decorrem dos cuidados de saúde mental, e que reificam, ao invés de combater, a vulnerabilidade, dois conceitos surgem como bússolas para orientar o cuidado.

Com o conceito de instituição total, definido como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”²⁰, Goffman destaca um modo de funcionamento

institucional que provoca efeitos sobre o self. Outro autor, Ivan Illich²¹, nos ajuda a pensar em um efeito de quando o cuidado se pauta nessa forma de funcionamento: a iatrogênese social. Segundo o autor, a iatrogênese social consiste na crescente dependência da população com a medicação – tornada sinônimo (ainda que reducionista) de tratamento – e as medidas prescritas pela medicina, o que gera uma medicalização social que termina por anular o sentido da saúde enquanto responsabilidade individual, familiar e comunitária. Além disso, reifica o “papel de doente”, caracterizado por um comportamento apassivado e dependente da autoridade médica.

Um outro conceito que ajuda a pensar a vulnerabilidade é o de desfiliação social. Robert Castel²² postula que a vulnerabilidade está articulada à situação de três eixos cruciais: os vínculos do trabalho, os laços relacionais e a proteção privada e/ou pública. Assim, um cuidado que enfraquece outros laços, não cuida, tutela. O conceito de autonomia, tal como desenvolvido por Kinoshita²³, vai na contramão do mito neoliberal de independência e autossuficiência, uma vez que, como seres sociais, dependemos de uma série de sistemas para poder viver. Para ele, trata-se de uma questão quantitativa: usuários que dependem em demasia de poucas coisas, tem pouca autonomia e são mais vulneráveis, uma vez que a fragilidade dos laços é elemento constitutivo da vulnerabilidade. Somos mais autônomos de quanto mais coisas pudermos depender. Desse modo, construir e articular uma rede de cuidado promove a autonomia. Observar os três eixos postulados pelo Castel pode ser uma importante ferramenta diagnóstica, bem como um mapa para orientar intervenções. O cuidado não pode ser separado dessa dimensão, de modo que a promoção da autonomia figura como importante direcionamento do tratamento.

Outra diretriz que anda de mãos dadas com o aumento da autonomia é o da intersetorialidade, uma vez que cria outros laços de pertencimento e de amparo. A intersetorialidade parte do pressuposto da incompletude institucional, isto é, que nenhuma instituição ou serviço dá conta de fenômenos complexos e multideterminados, tais como a saúde mental – e nem é desejoso que tente dar, pelo perigo de recair na lógica das instituições totais. Assim, cuidar implica, necessariamente, articular redes para promover amparo e resolutividade.

Outro recurso terapêutico importante nessa perspectiva é o aumento do poder de contratualidade²³. Butler¹⁷ aponta que a distribuição desigual da precariedade não é meramente uma questão material de acesso a bens e serviços (renda, serviços, educação, saúde), mas, antes, é uma questão perceptual. A autora argumenta que certos enquadramentos (compostos por discursos, pressupostos e dispositivos) geram uma interpretação de menos valia, o que permite justificar ou naturalizar atrocidades, como a guerra e a fome, e também criam uma situação de desigualdade de poder (que é causa, mas também reforçado, pela desigualdade material). Diferentes grupos sociais, devido a distintos sistemas de opressão (racismo, eurocentrismo, sexismo, capacitismo, etarismo, etc.) dispõem de menos poder contratual. Tal como apontado pelo conceito de interseccionalidade²⁴, esses sistemas se sobrepõem na produção da vulnerabilidade. A partir da atribuição de uma negatividade *a priori*, reduz-se ou até anula-se o poder de trocas sociais de determinados individuais ou grupos.

Se as políticas públicas não forem sensíveis à essa sociabilização diferencial que informa a distribuição desigual da precariedade, estas acabam por “perpetuar a reprodução de relações sociais que produz gente de um lado e subgente do outro”²⁵. Nesse sentido, Kinoshita²³ elenca a importância da reconstrução da contratualidade como tarefa do cuidado numa perspectiva orientada pela reinserção social por meio da produção de dispositivos em que, desde uma situação de desvalorização quase absoluta, possa-se passar por experimentações e mediações que busquem agregar valores que aumentem o poder de contratualidade. Um bom exemplo disso são as assembleias gerais criadas por Basaglia, que compartilhava com os usuários, cujas vidas seriam impactadas por aquelas decisões, o poder de escolha e que, por meio dessa atividade, oferecia a oportunidade de exercitar as habilidades de argumentação e negociação.

O Programa Humaniza-SUS²⁶ é um exemplo que, em seu bojo, abarca tanto o aumento da autonomia como o do poder de contratualidade. Pensado como forma de efetivar os princípios do SUS no cotidiano institucional,

ele tem, como um de seus princípios, a indissociabilidade entre gestão e atenção, e também o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia. Dentre suas diretrizes, os direitos do usuário e a gestão participativa.

Um fato marcante, do qual ainda recorro, foi quando da minha primeira visita a um Caps, na época da faculdade. Ficou marcada em minha memória o orgulho com o qual se falava que um usuário ia todos os dias, sem nunca faltar, há vinte anos para aquele Caps. O que era motivo de orgulho e sinônimo de adesão ao tratamento era, na verdade, sintoma da institucionalização: um sujeito sem vida fora do Caps. Ambos esses eixos – o do aumento da autonomia e da contratualidade – implicam necessariamente um terceiro, do qual dependem, o de território. O território é o espaço de vida. É nele que é produzido o adoecimento e, portanto, é nele que deve ser desenvolvido o cuidado. Ele deve ser um elemento central para organizar as ações e rede de cuidado – o sujeito deve existir para além dos muros dos serviços de saúde mental!

Considerações (nem tão finais): é caminhando que se faz o caminho

As reflexões aqui compartilhadas não pretendem ser definitivas, afinal, o caminho para a consolidação da reforma iniciada nos anos 1970 é árduo e não está posto. Todavia, os dois eixos aqui apontados podem servir de direcionamento quando o caminho não está claro ou quando nos perdemos dele. As perguntas “minhas intervenções, aumentam ou diminuem a autonomia?” e “aumentam ou diminuem a contratualidade?” podem funcionar como balizadoras para a construção de uma práxis ético-política em saúde mental.

Referências

1. Rosenhan DL. Sobre ser são em lugares insanos. *Science*. 1973. 179:250-258.
2. Rosenhan DL. Sobre ser são em lugares insanos. *Science*; 1973. 179:251.
3. Basaglia F, organizador. *L'istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Einaudi; 1968.
4. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Editora Vozes; 2009.
5. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977.
6. Serapioni M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *Hist. ciênc. saúde - Mangueiras*. 2019; 26(4): 1169-1187.
7. Brito ES. *O direito humano à saúde mental: compreensão dos profissionais da área [dissertação]*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.
8. Goulart D. *Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito [dissertação]*. Brasília: Universidade de Brasília da Faculdade de Educação; 2017.
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
10. Foucault, M. *O nascimento da medicina social*. Rio de Janeiro: Graal; 1982. *Microfísica do Poder*; p. 46-57.
11. Brasil, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
12. Ministério da Saúde (BR). *8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
13. *Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.5 del orden del día*; 2009.
14. Organização Mundial de Saúde - OMS. *Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

15. Brasil. Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 abr 2001; seção 1.
16. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama ENSP; 1995.
17. Butler J. Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
18. World Health Organization - WHO. Social Determinants of Mental Health. Geneva: WHO; 2014.
19. World Health Organization - WHO. Mental Health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO; 2010.
20. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1987.
21. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
22. Castel R. Da indigência à exclusão, à desfiliação. In: A. Lancetti, organizador. Saúde e loucura. São Paulo: Hucitec; 2004, p. 21 – 48.
23. Kinoshita, R.B. Contratualidade e reabilitação social. In: A. Pitta, organizador. Reabilitação social no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.
24. Crenshaw L. Mapping the Margins: Interseccionalidade, Identity Politics and Violence Against Women of Color. In: Finemann MA, Mykitiuk R. The Public Nature of Private Violence, New York: Routledge; 1994. p. 93 – 118.
25. Souza J. A Ralé Brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
26. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: política nacional de humanização. Brasília (DF); 2003.

ARTIGO

Saúde mental e população quilombola: uma análise crítica do acesso ao cuidado no arcabouço legal

Mental health and the quilombola population: a critical analysis of access to care within the legal framework

Alessandra Regina de Souza Santos¹, Cláudia Malinverni^{II}, Mario Henrique da Mata Martins^{III}

Resumo

Inspirado na Reforma Psiquiátrica Italiana, o movimento antimanicomial brasileiro surgiu nos anos 1970 e fundamentou as políticas de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) promoveu a desinstitucionalização e implementou serviços territorializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Lei nº 10.216/2001 representou um marco na RPB ao redefinir o modelo de atenção à saúde mental, promovendo a transição do paradigma hospitalocêntrico para uma rede de cuidados de base territorial e comunitária, centrada no respeito aos direitos humanos e na ampliação do acesso aos serviços psicossociais. Todavia, no caso da população quilombola, persistem desigualdades no acesso à rede de atenção psicossocial. A interseção de marcadores sociais, como racismo, classe e precariedade socioambiental, limita o acesso dos quilombolas aos equipamentos e serviços públicos. Esta pesquisa, de natureza qualitativa e da qual resulta este artigo, realizou uma análise crítica da legislação que estrutura o cuidado em saúde mental, com foco na população quilombola. Para tanto, analisou como as leis que estruturam as políticas de saúde mental e de populações vulnerabilizadas vêm abordando, desde a Constituição, o acesso dos quilombolas às redes psicossociais do SUS. Buscou, ainda, identificar nos textos legais a presença ou a ausência da perspectiva interseccional, bem como diretrizes norteadoras para que gestores de saúde possam implementar ações efetivas e factíveis para superar esse desafio. Foram examinados sete documentos legais (leis e portarias) nos quais foi possível observar que apenas recentemente o acesso de quilombolas à saúde mental foi explicitado, contribuindo para a manutenção da iniquidade no acesso. A pesquisa destaca que a invisibilidade dessa população na política de saúde mental reflete desafios históricos e estruturais, ainda distante de uma efetiva superação.

Palavras-chave: Saúde mental. Quilombolas. Equidade no acesso a serviços de saúde.

Abstract

Inspired by the Italian Psychiatric Reform, the Brazilian anti-asylum movement emerged in the 1970s and based mental health policies on the Unified Health System. The Brazilian Psychiatric Reform promoted deinstitutionalization and implemented territorialized services, such as the Psychosocial Care Centers (CAPS). Law No.

¹ Alessandra Regina de Souza Santos (alessandrasantos.enfermeira@gmail.com) é enfermeira, mestranda em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; atua como diretora de saúde especializada na Secretaria de Saúde de Ubatuba (SP).

^{II} Cláudia Malinverni (claudia.malinverni@isaude.sp.gov.br) é bacharel em comunicação social, mestre e doutora em ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); pesquisadora científica I e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Mario Henrique da Mata Martins (mario.martins@ufscar.br) é bacharel em psicologia, mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e professor no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

10,216/2001 represented a milestone in the (RPB in portuguese) by redefining the mental health care model, promoting the transition from the hospital-centric paradigm to a territorial and community-based care network, centered on respect for human rights and expanding access to psychosocial services. However, in the case of the quilombola population, inequalities persist in the access to the psychosocial care network. The intersection of social markers, such as racism, class, and socio-environmental precariousness, limits quilombolas' access to public facilities and services. This qualitative research conducted a critical analysis of the legislation that structures mental health care, focusing on the quilombola population. To achieve such purpose, it analyzed how the laws that structure mental health policies and those of vulnerable populations have addressed, since the Constitution, the access of quilombolas to the psychosocial networks of the SUS. It also sought to identify the presence or absence of an intersectional perspective in the legal texts, as well as guidelines so that health managers can implement effective and feasible actions to overcome this challenge. Seven legal documents (laws and ordinances) were examined, in which it was possible to observe that only recently has quilombolas' access to mental health care been made explicit, contributing to the maintenance of inequity in access. The research highlights that the invisibility of this population in mental health policy reflects historical and structural challenges that are still far from being effectively overcome.

Keywords: Mental health. Quilombolas. Equity in access to health services.

A atenção psicossocial nos marcos legais, breve contexto

Inspirado na reforma psiquiátrica da Itália, o movimento antimanicomial brasileiro emergiu nos anos 1970 e se tornou gênese do arcabouço legal que sustenta as políticas de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob intensa mobilização de diferentes atores da sociedade, da academia, dos serviços de saúde e dos movimentos populares, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) propôs e alicerçou profundas mudanças nas

concepções sobre loucura, nas práticas para lidar com as diferentes condições classificadas como doenças mentais ou sofrimento psíquico e, sobretudo, no reconhecimento de direitos plenos das pessoas identificadas com essas condições (nos marcos dos direitos sociais e humanos)¹.

Acompanhando o processo de regulamentação do SUS, as iniciativas de atenção psicossocial centradas na desospitalização e na promoção do cuidado de base territorial e comunitária avançaram, possibilitando a implementação e expansão de equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados pelo Ministério da Saúde em 2001, e dos programas focados no resgate de laços afetivos e (re)integração de pessoas com transtornos mentais às famílias e comunidades, como o “De Volta para Casa” (PVC^{IV}), lançado em 2003.

Todas essas mudanças, tributárias da RPB, estão preconizadas na Lei nº 10.216², de 2001, principal marco legal da saúde mental no país, e as portarias que a ela se seguiram. Isso garantiu a inserção nos textos legais do direito ao acesso justo, equânime e de qualidade de todos os brasileiros aos serviços de atenção psicossocial ofertados pelo SUS. Em paralelo, também foram criadas políticas para assegurar esse direito a populações específicas, como indígenas, ribeirinhos, caiçaras e quilombolas.

Ainda que explicitem essa garantia, efetivamente as políticas não têm sido capazes de eliminar ou reduzir as iniquidades no acesso à rede de atenção psicossocial dessas populações, historicamente submetidas à

^{IV} Auxílio financeiro para a reabilitação de pessoas com transtornos mentais e histórico de internação de longa permanência, a partir de dois anos ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou de custódia. Instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, o PVC é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

privação de direitos. Notadamente de quilombolas, sobre os quais atua uma inquestionável sobreposição de marcadores sociais, uma vez que suas comunidades vivem na intersecção de desigualdades provocadas por questões de raça/cor, de classe e de precariedade dos territórios que ocupam, em geral fragilizados por situações socioeconômicas e ambientais produtoras de vulnerabilidades, adoecimento mental e sofrimento psíquico³.

Frequentemente isolados em áreas desprovidas de infraestrutura de mobilidade, os quilombolas experimentam cotidianamente desafios de acesso aos serviços públicos de todas as naturezas, particularmente aos equipamentos de saúde mental. Nessa intersecção de desigualdades, os moradores de quilombos emergem como a mais invisibilizada das populações específicas no arcabouço legal.

Isso a despeito de o campo da saúde entender, há mais de cinco décadas, que os determinantes individuais e sociais, como renda, moradia e escolaridade, interferem na qualidade do acesso à saúde⁴. E, em que pese o SUS ter se firmado como um ator fundamental de promoção da equidade, o sistema ainda apresenta barreiras de acessibilidade, fragmentação e inadequação no atendimento a determinados grupos⁵, em especial aqueles usuários racialmente distinguidos. Isso ocorre em decorrência da discriminação, do preconceito e dos estereótipos raciais que redundam na “exclusão, restrição ou preferência fundadas na raça, na cor, na descendência ou na origem nacional ou étnica”⁶.

O racismo e a discriminação racial dificultam o acesso desses grupos aos equipamentos e serviços públicos, um dos fatores que contribui para as iniquidades nos padrões de saúde e mortalidade entre brancos e negros, exacerbando desigualdades e limitando oportunidades de tratamento e prevenção, conforme explicitado na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁷. Isso fica explícito, por exemplo, nos indicadores e desfechos de saúde de pretos e pardos, sempre inferiores aos de brancos, como se depreende dos dados sobre saúde da população negra, publicados pelo Ministério da Saúde em 2023⁸.

A (in)visibilidade quilombola nas políticas públicas

Membros de grupo étnico-racial de definição auto atribuível, formado por indivíduos com presunção de ancestralidade negra relacionada com a experiência de resistência à opressão histórica e relações territoriais específicas⁹, os quilombolas vivem um cenário de iniquidades em saúde ainda pior do que o da população negra em geral, justamente em decorrência da sobreposição de desigualdades, dada pela própria condição de vida nos quilombos. Os territórios quilombolas vivem um relativo isolamento geográfico por conta de sua localização, majoritariamente em áreas rurais, de difícil acesso e baixa mobilidade, dada pela indisponibilidade ou precariedade do transporte público. Além disso, o preconceito e, não raro, a discriminação que essas comunidades enfrentam, agravam as situações de negligência em todas as dimensões dos serviços públicos, inclusive no que se refere ao acesso à saúde de qualidade¹⁰.

Para entender a permanência do racismo, da discriminação racial e da precariedade que afetam seus territórios, é preciso retroceder no tempo. Uma das primeiras estratégias de enfrentamento à escravidão, os quilombos foram definidos, em 1740, como toda habitação que reunisse mais de cinco negros fugidos, ocupando áreas parcialmente despovoadas, ainda que sem edificações. Os quilombos são remanescentes de grupos oriundos de uma variedade de processos (fugas seguidas e ocupação de terras livres, geralmente isoladas), formados a partir de heranças e de doações ou como forma de pagamento ou compra de lotes, tanto durante quanto após a abolição da escravatura no Brasil¹⁰.

Na América Latina, contemporaneamente, o direito de comunidades afrodescendentes ao território tem sido garantido pelas constituições nacionais¹¹. É o caso do Brasil, que começou a construir esse direito na década de 1970, na convergência das lutas e reivindicações dos movimentos negros, das comunidades negras

rurais – naquele momento, já bastante significativas no Pará e Maranhão – e das mudanças político-institucionais e administrativas orientadas pela promulgação da Constituição de 1988: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”¹². Importante dizer que esse artigo, nº 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, só seria regulamentado pelo Decreto nº 4.887¹³, em 2003, que definiu os procedimentos para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes quilombolas.

Esse decreto implicou, também, ampliação do rol de atuação do Estado em relação aos direitos desses grupos, “que até então estiveram destituídos de garantias constitucionais positivas, uma vez que foram objetos do direito repressivo durante as fases colonial e imperial”¹⁴). Ainda, viabilizou a criação do Programa Brasil Quilombola (PBQ), em 12 de março de 2004. Seu objetivo era consolidar os marcos da política pública para as áreas quilombolas, incluindo a saúde, tendo como eixo norteador a Agenda Social Quilombola. Em 2023, o PBQ foi substituído pelo Programa Aquilomba Brasil¹⁴, analisado adiante neste trabalho.

Sempre invisibilizado, em 2022, pela primeira vez, esse estrato de brasileiros foi finalmente apresentado no Censo, que contabilizou 1.327.802 de pessoas quilombolas, 0,65% do total de habitantes do país¹⁵. Foram identificados 473.970 domicílios, nos quais residia pelo menos uma pessoa autodeclarada quilombola, espalhados por 1.696 municípios brasileiros, a maioria no Nordeste, que concentra 68,19% (ou 905.415 pessoas) do total dessa população. O Censo também mostrou que os territórios oficialmente delimitados abrigam 203.518 pessoas, das quais 167.202 são quilombolas. Destaca-se, ainda, que apenas 4,3% da população quilombola reside em territórios já titulados no processo de regularização fundiária¹⁵.

O presente artigo buscou compreender de que forma as leis que estruturam as políticas de saúde mental e de populações vulnerabilizadas vêm abordando, desde a Constituição, o acesso dos quilombolas às redes psicossociais do SUS. Buscou, também, identificar nos textos legais a presença ou a ausência da perspectiva interseccional, bem como de diretrizes norteadoras que permitam aos gestores de saúde construir e implementar ações efetivas e factíveis para superação do desafio do acesso de quilombolas ao cuidado em saúde mental.

Percurso metodológico

Parte de pesquisa de mestrado conduzida pela primeira autora (ainda em andamento), o presente trabalho é uma análise crítica da legislação que estrutura a atenção em saúde mental, com foco na população quilombola. Para tanto, foi realizado um levantamento das políticas públicas e da legislação que estruturam a atenção às populações negras e específicas, buscando identificar, no discurso legal, ações voltadas às comunidades dos quilombos.

Esse material formou o *corpus* de análise, centrada nos repertórios interpretativos, dispositivos linguísticos formados por termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades na produção de sentidos, segundo a dinâmica, a variabilidade e a polissemia das relações sociais, inclusive expressas em documentos¹⁶. Essa perspectiva permite identificar, nos discursos, os posicionamentos de diferentes atores, bem como perceber os sentidos produzidos sobre dado fenômeno¹⁷. Nesse caso, quanto à garantia, no discurso da política pública, do acesso de quilombolas à rede de atenção psicossocial do SUS.

Assim, a análise aproximou-se do referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos, segundo a qual o sentido é uma construção social, de caráter coletivo e interativo¹⁸. Essa abordagem entende o sentido como o dispositivo que possibilita às pessoas, nas interações sociais e em relação a contextos históricos e culturais específicos, produzir os termos que lhes permitem compreender e lidar com as

situações do cotidiano. Dito de outro modo, a linguagem é instruidora de realidades, construídas pelas pessoas nas interações sociais cotidianas¹⁸.

Os documentos foram coletados nos portais do Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, com busca intencional voltada à temática em questão. Foram localizados doze documentos, lidos integralmente para posterior seleção dos oito textos que integraram o *corpus* de análise. Eles atendiam ao critério de inclusão, qual seja, mencionar formas de acesso ao SUS: um decreto (nº 11.447/2023¹⁴), três leis (nº 8.080/1990¹⁹, nº 10.216/2001² e nº 12.288/2010²⁰) e quatro portarias (nº 992/2009⁷, nº 3.088/2011²¹, nº 2.866/2011²², nº 2.436/2017²³). Complementarmente, foi analisado o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010)²⁴, entendido como instrumento de política pública.

O discurso legal como agente da invisibilidade

Acesso é o processo que garante às pessoas ingressar nas redes de cuidado com base em características populacionais e disponibilidade organizacional e geográfica dos sistemas locais de saúde²⁵. Trata-se, portanto, de uma noção mais política que operacional, que pode facilitar ou dificultar a obtenção dos serviços de saúde²⁶. Em outras palavras, a organização dos sistemas de saúde pode reduzir ou ampliar os obstáculos de acesso aos serviços, interferindo, nesse sentido, nos padrões de iniquidades em saúde.

Na Lei nº 8.080¹⁹, que regulamentou e organizou o SUS, não é abordado diretamente o acesso da população quilombola à saúde mental. Essa é a lacuna inaugural na política pública, que só seria de fato coberta três décadas mais tarde, pelo Decreto nº 11.447¹⁴, que instituiu o já mencionado Programa Aquilomba Brasil e seu Comitê Gestor. Embora seja uma breve carta de intenções, o documento, o mais recente do *corpus*, é o único a explicitar a obrigação da política pública em garantir: “acesso de qualidade à saúde física, mental, integral e de qualidade para a população quilombola” (§ VII, Art. 5º; grifos nossos).

Em contraponto, a lei que estruturou a política de atenção à saúde mental, nº 10.216², estabelecendo as diretrizes para o cuidado humanizado centrado na proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial, não menciona raça/cor e etnia. Nessa lei, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a palavra acesso é citada apenas duas vezes, e todo o texto faz referência à população em geral. Nos parece que, embora fosse uma reivindicação antiga dos movimentos negros e já um tema de pesquisa relevante, essa omissão às demandas de grupos específicos expressa um momento em que os estudos brasileiros com abordagem interseccional como um todo, e do campo da saúde, em particular, ainda não estavam integrados à agenda política.

Esse aspecto talvez explique por que a primeira menção à saúde das comunidades de quilombos, que certamente apresentam sobreposição de marcadores sociais (raça/cor, classe, precariedade territorial), só tenha aparecido no arcabouço legal em 2010, com a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288)²⁰. Ainda assim, apenas uma vez ao longo do texto, e sem abordar a saúde mental, conforme exposto no Parágrafo Único do Capítulo I – Do direito à Saúde:

Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde²⁰.

No que tange às portarias, a mais relevante é a que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁷. Nela, o acesso é mencionando seis vezes, apenas uma vez mencionando as populações

específicas: “garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde” (§ II, Capítulo II, Objetivos Específicos)⁷. Na Portaria nº 3.088²¹, que institui em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, a palavra acesso é repetida seis vezes, mas nenhuma delas alude aos povos das florestas e do campo.

Mesmo na Portaria nº 2.866²², que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), se mantém o discurso genérico do acesso, que aparece nove vezes no texto, oito delas citando os princípios do SUS. Uma única vez são destacadas as especificidades das demandas de saúde dos povos da floresta e do campo:

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados (...)

II - Inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo e da floresta²².

Já a última versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²³ – que revisou as diretrizes organizativas da atenção básica – evidenciou a mais surpreendente forma de invisibilidade da população quilombola no *corpus* analisado. Por ter como eixo estruturante a estratégia saúde da família (ESF), a política enfatiza os modos de organização das equipes da AB segundo a lógica territorial, destacando a atenção a grupos específicos. Ao longo do texto legal são mencionados diversos grupos populacionais específicos, com destaque para ribeirinhos, que aparecem quinze vezes. A palavra indígena é citada uma única vez, apenas para indicar o papel da AB na atenção a essa população (participar, em articulação com o subsistema Indígena, de ações de educação permanente e gestão da rede assistencial). O que de fato chamou a atenção foi a ausência de qualquer referência a quilombolas. Essa população parece ser “contemplada” na difusa expressão “etc.”, que encerra as três listas de grupos populacionais específicos mencionados no texto da portaria.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.)

(...) cuidado integral à saúde da população adscrita (...) com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

(...) as equipes devem assumir em seu território de referência (...) os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc.) ou mesmo trabalhadores da área adstrita²³.

A garantia do acesso imbricado com o modo de vida das populações específicas foi claramente articulada no relatório da conferência²⁴, documento fundamental que menciona a palavra “acesso” 94 vezes, enfatizando que a universalidade do cuidado em saúde mental não poderia prescindir do enfrentamento às desigualdades e iniquidades relacionadas à raça/etnia, entre outros determinantes sociais. Ainda que não aponte estratégias para a operacionalização desse acesso, o relatório também ressalta a importância de incluir na política de saúde

mental as populações quilombolas, respeitando suas especificidades socioculturais. Realizados seis meses antes da publicação da PNSIPN, tanto a conferência quanto seu relatório foram marcados pela interseccionalidade, sendo essa abordagem, discursivamente, um esforço para dar visibilidade ao quilombola, até ali um sujeito oculto na política pública.

Com relação à análise dos repertórios interpretativos, foram identificados quatro recursos linguísticos que colaboram com a invisibilização da população quilombola: o uso do sujeito oculto (que exige uma interpretação crítica do contexto por parte dos leitores), a categorização por pertencimento (que engloba diversos grupos, inclusive quilombolas, de modo indiferenciado sob o mesmo signo), a exemplificação excludente (que limita o escopo do que caracteriza um exemplo) e a imprecisão sistemática (que torna as promessas de políticas públicas vagas e sujeitas a não serem plenamente implementadas). Esses recursos aparecem frequentemente de forma conjunta.

O uso do recurso “sujeito oculto” se manifesta em textos normativos que mencionam a necessidade de garantir acesso universal e igualitário à saúde sem especificar os grupos vulneráveis que enfrentam barreiras estruturais no acesso ao SUS. Nesse caso, pode haver uma omissão do sujeito, identificado pelo contexto, ou a apresentação de um sujeito muito genérico que não configura um grupo preciso. Um exemplo clássico é a Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, sem explicitar grupos particulares, obliterando as especificidades de saúde das populações historicamente marginalizadas, como os quilombolas.

Todavia, quando é possível identificar o grupo, passamos ao recurso de categorização por pertencimento, esse mecanismo que está presente, por exemplo, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁷. Embora essa política tenha avançado ao reconhecer a população negra como um grupo com necessidades específicas de saúde, em diversos trechos há referências genéricas a “populações vulneráveis”, sem distinção clara entre quilombolas, indígenas, ribeirinhos e outros grupos. Esse tipo de categorização dilui a especificidade das demandas quilombolas, as quais deveriam ser consideradas a partir das condições de vida particulares desse grupo populacional, que enfrenta históricas e enormes dificuldades para acessar os equipamentos públicos de saúde devido à localização dos seus territórios e à intersecção de discriminações – raça, cor, classe.

O recurso da exemplificação excludente, por sua vez, é encontrado em documentos que citam exemplos de populações beneficiadas por políticas públicas, mas omitem certos grupos, tornando-os invisíveis na formulação das ações. Esse recurso é visível, por exemplo, no texto da PNAB, que, apesar de reconhecer a importância da Estratégia Saúde da Família para populações em situação de vulnerabilidade, frequentemente destaca a população ribeirinha e uma única vez a população indígena, sem mencionar os quilombolas, que também necessitam de ações diferenciadas.

O recurso da imprecisão sistemática opera em conjunção com os três anteriores, se manifestando na ausência de definições precisas sobre os beneficiários das políticas, permitindo que termos amplos e genéricos sejam utilizados para referir-se a essa população sem nomeá-la diretamente, mas com a característica de que a estratégia se repete ao longo do texto da política. Termos como população vulnerável ou população tradicional, típicos de uma categorização por pertencimento, quando repetidos ao longo de um documento tornam a imprecisão específica dos termos em uma imprecisão sistemática da política em si. E isso torna as promessas de políticas públicas vagas e sujeitas a não serem plenamente implementadas

É importante salientar que esses recursos têm diminuído ao longo do tempo com a implementação de programas e políticas cada vez mais precisos voltados à população quilombola, o que é um avanço importante do ponto de vista da luta contra as desigualdades. Ao evidenciar o uso de recursos linguísticos como sujeito oculto, categorização por pertencimento, exemplificação excludente e imprecisão sistemática, torna-se possível

compreender como a formulação textual pode impactar a implementação de ações concretas. Essa análise contribui para o aprimoramento das políticas, chamando a atenção para a necessidade de maior precisão na definição dos beneficiários e na alocação de recursos, promovendo equidade no acesso à saúde e fortalecendo o reconhecimento de direitos dessas populações.

Considerações finais

Na análise, foi possível perceber um tímido avanço da legislação em direção às especificidades da população quilombola. Mas ainda longe da perspectiva interseccional, para a qual não é possível entender a complexidade, tampouco enfrentar fragilidades e barreiras do acesso gestadas nas relações atravessadas por marcadores sociais da diferença, conjunto de valores histórica e socialmente constituídos de variáveis, entre elas raça/cor, que agem sobre os processos de diferenciação e de posicionamento de sujeitos na estrutura social²⁶.

O discurso das políticas públicas, refletindo contextos demarcados, partiu de uma noção generalista da população quilombola, avançando muito morosamente por diretrizes e normativas assentadas nas demandas coletivas desse grupo, sem considerar os marcadores sociais da diferença que atravessam o seu cotidiano. Foi, entre as populações específicas, a mais invisibilizada. Dito de outra forma, em uma perspectiva histórica foi possível observar que os documentos construídos não foram capazes de cobrir as lacunas da legislação até 2023, quando então emergiu o Programa Aquilomba Brasil, o único a propor explicitamente a importância de assegurar o acesso desse grupo a bens e serviços públicos, inclusive em saúde mental.

Em síntese apertada, nos textos das políticas públicas os repertórios linguísticos ignoraram as especificidades dos quilombolas, invisibilizando suas demandas de acesso à rede de atenção psicossocial. Concluímos que os próximos documentos envolvendo essa população devem ser formulados em uma linguagem inclusiva, para que seus direitos sejam plenamente visibilizados, reconhecidos e efetivados.

Referências

1. Machado CV. A reforma psiquiátrica brasileira: caminhos e desafios. *Saúde debate*. 2020; 44(3):5-8.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* [internet]. 2001 [acesso em 2 fev 2025]; Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 30 abr 2024.
3. Batista EC, Rocha KB. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Interações (Campo Grande)* [internet]. 2020 [acesso em 13 jun 2024];21(1):35–50. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>.
4. Ronald A, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.
5. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde colet* [internet]. 2012 [acesso em 12 abr 2024];17(11):2865–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
6. Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodrigues QP, Santos CCC, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto contexto enferm* [internet]. 2013;22(2):285-92.
7. Brasil. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília (DF); 2009 [acesso em 12 jul 2024]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra. 2023 [acesso em 22 jul 2024];1(Número Especial). Disponível em: BE_saude_pop_negra_vol1_b.pdf.
9. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas - CONAQ. Quem somos [internet]. [acesso em 13 jul 2024]. Disponível em: <https://conaq.org.br/quem-somos>.
10. Cidade e cultura. Quilombo de Ubatuba [internet]. [acesso em 11 ago 2024]. Disponível em: <https://www.cidadeecultura.com/quilombo-de-ubatuba/>.
11. Marques CE, Gomes L. A Constituição de 1988 e a ressignificação dos quilombos contemporâneos: limites e potencialidades. Rev Bras Ciênc Soc. 2013;28(81):137-555.
12. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 [acesso em 19 dez 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
13. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Dispõe sobre a identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 21 nov 2003 [acesso em 24 jun 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm.
14. Brasil. Decreto nº 11.447, de 8 de março de 2023. Institui o Programa Aquilomba Brasil e o seu Comitê Gestor [internet]. Brasília: 2023 [acesso em 18 jul 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11447.htm.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Brasil tem 1,3 milhão de quilombolas em 1.696 municípios [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 15 nov 2024]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37464-brasil-tem-1-3-milhao-de-quilombolas-em-1-696-municipios>.
16. Martins MHM, Ribeiro MAT. Repertórios linguísticos dos riscos industriais no Pontal da Barra, Maceió. Athenea Digital. Revista de Pensamiento y investigación social. 2016;16(1):139-58.
17. Aragaki SS, Piani PP, Spink MJ. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In: Spink MJ, Brigagão JIM, Nascimento VLV, Cordeiro MP. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014.
18. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004, p 41-61.
19. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [internet]. Brasília, 20 set 1990 [acesso em 12 jan 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 12 jan. 2025.
20. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União [internet]. 2010 [acesso em 13 jul 2024]; Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 13 jul 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 [internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 13 jul 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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) [internet]. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
24. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: CNS/MS, 2010.

25. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-20.
26. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
27. Soares CB, Bonetti AL. Marcadores sociais da diferença na experiência escolar de jovens estudantes negras. *Rev Ciênc Soc [internet].* 2021;21(3):370–9. Doi: 10.15448/1984-7289.2021.3.40540

ARTIGO

As medidas de semiliberdade para adolescentes em conflito com a lei e a articulação do cuidado em saúde mental

Semi-freedom measures for adolescents in conflict with the law and the articulation of mental health care

Kiara Olivett^I, Deivisson Vianna Dantas dos Santos^{II}, Sabrina Stefanello^{III}

Resumo

O cuidado em saúde mental é importante, e depende não apenas da rede de Atenção Psicossocial, mas também de outras redes da saúde e de outras políticas como Educação e Assistência Social. Produzir intersetorialidade nesse cuidado envolve atuar na complexidade e no contexto das pessoas, especialmente em situações de vulnerabilização, como é o caso de adolescências em conflito com a lei. Esta pesquisa qualitativa investigou as práticas de saúde mental com adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de semiliberdade em Curitiba (PR), apresentando a opinião de trabalhadores das Casas de Semiliberdade. Os resultados apontam que adolescentes em semiliberdade têm maior acesso à comunidade, enquanto os internados ficam isolados. As entrevistas indicaram que, na articulação entre serviços de saúde, educação e assistência social, houve maior colaboração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Relatos apontam que, em relação às escolas e aos Sistema Único de Assistência Social (SUAS), existem dificuldades de acesso e estigmatização, especialmente para adolescentes negras/os. Embora as unidades de semiliberdade busquem maior integração e cuidados em rede, e tenham mostrado resultados mais efetivos que as unidades de internação, ainda há desafios significativos na articulação com a Educação e o SUAS. A construção de intersetorialidade é essencial e requer políticas que a respaldem, bem como profissionais comprometidos com a quebra de pactos segregatórios.

Palavras-chave: Saúde Mental. Semiliberdade. Intersetorialidade.

Abstract

Mental health care is important and depends not only on the Psychosocial Care network, but also on other health networks and other policies such as Education and Social Assistance. Producing intersectoral care involves acting on the complexity and context of people, especially in vulnerable situations, such as adolescents in conflict with the law. This qualitative research investigated mental health practices with adolescents serving semi-freedom socio-educational measures in Curitiba, presenting the opinion of workers at Semi-Freedom

^I Kiara Olivett (kiara.olivett@gmail.com) é psicóloga e psicanalista, especialista em Apoio Matricial em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Especialista em Psicologia Clínica: Abordagem Psicanalítica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR) e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Associada à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), atua como psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) e psicanalista na Dobra Psicanálise.

^{II} Deivisson Vianna Dantas dos Santos (deivianna@gmail.com) é médico, psiquiatra, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Docente Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) na mesma universidade. Pró-Reitor da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

^{III} Sabrina Stefanello (binastefanello@gmail.com) é médica psiquiatra, mestre e doutora em Ciências Médicas, com pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-doutorado no Departamento de Artes e Ciências Sociais da Universidade de Montreal (Canadá). Atua como professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPR (mestrado em rede da Fiocruz e ABRASCO) e professora permanente do Mestrado em Saúde Coletiva.

Houses. The results indicate that adolescents in semi-freedom have greater access to the community, while those admitted remain isolated. The interviews indicated that in the articulation between health, education and social assistance services, there was greater collaboration from the Psychosocial Care Centers (CAPS). Reports indicate that, in relation to schools and the Unified Social Assistance System (SUAS), there are difficulties in access and stigmatization, especially for black adolescents. Although semi-open units seek greater integration and network care and have shown more effective results than inpatient units, there are still significant challenges in the articulation with Education and SUAS. The construction of intersectoral cooperation is essential and requires policies that support and professionals committed to breaking segregationist pacts.

Keywords: Mental Health. Semi-freedom. Intersectorality.

A atenção psicossocial nos marcos legais, breve contexto

O cuidado em saúde mental é uma prática que interessa não só aos serviços e políticas da rede Atenção Psicossocial, mas também envolve outras redes de atenção e articulações intersetoriais (a Saúde de modo amplo, a Educação e a Assistência Social). Considerando a multideterminação da saúde mental, cuidados eficazes são aqueles que incorporam a complexidade e o contexto do sofrimento e da crise, produzindo práticas compreensivas e conjuntas, resguardando, cada ator envolvido, suas especificidades de ação¹.

Por intersectorialidade concebe-se a articulação entre setores e sujeitos diversos, portadores de diferentes poderes e saberes, objetivando o enfrentamento conjunto desses problemas complexos². Quando se trata de adolescências em vulnerabilização, é premente a construção e avaliação conjunta das práticas relacionadas ao cuidado em saúde mental, pois essas adolescências terão mais necessidade de acessar serviços de diferentes políticas.

Como produzir a interdisciplinariedade e intersectorialidade com os distintos serviços e políticas públicas, visando a efetivação dos cuidados em saúde mental de adolescentes? Para refletir essa questão, vamos apresentar um caso particular de relações intersetoriais, com base em parte dos resultados da pesquisa de mestrado intitulada “Práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental de adolescentes cumprindo medida socioeducativa de semiliberdade no município de Curitiba”.

Medidas socioeducativas estão previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e se aplicam a adolescentes que praticaram atos infracionais. São previstas seis medidas que variam a aplicação conforme a gravidade do ato. Medidas aplicadas em casos de ato infracional grave são a internação e a semiliberdade. Essas duas medidas, no estado do Paraná, estão na competência da Secretaria da Justiça e Cidadania. A internação é uma medida de privação de liberdade, executada em Centros de Socioeducação (CENSE), nas quais o adolescente tem pouca ou nenhuma circulação no território e pouco acesso a serviços e atendimentos externos. A semiliberdade, que é uma medida de restrição de liberdade, realiza-se em Casas de Semiliberdade, onde adolescentes frequentam e atuam com serviços da comunidade, pernoitando durante a semana na unidade, com a possibilidade, quando viável, de visitar a família e frequentar o território de origem aos finais de semana³.

Com base nos dados do Relatório de Gestão da Secretaria de Justiça e Cidadania do Paraná, o perfil majoritário da/o adolescente cumprindo medida socioeducativa no estado é o de um jovem negro, de 17 anos, em evasão escolar, com renda familiar mensal de até dois salários-mínimos para uma família de seis pessoas⁴. Essas/es adolescentes frequentemente passam por negligências e violências diversas. Esse perfil, desenhado a partir dos dados, se enquadra no retrato da vulnerabilização e desigualdade de condições. Essa problemática é tão reconhecida que, em 2004, foi proposta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, em conflito com a Lei (PNAISARI) pelo ministério da Saúde, revista em 2014 por identificar iniquidades no acesso ao direito à saúde.

A pesquisa que sustenta este artigo teve como objetivo compreender os manejos relacionados às crises e ao sofrimento em saúde mental de adolescentes cumprindo medida socioeducativa de semiliberdade no município de Curitiba. O cunho desta pesquisa foi qualitativo e exploratório, e investigou as percepções, interpretações e opiniões dos participantes da pesquisa. Os participantes entrevistados foram trabalhadores das duas Casas de Semiliberdade da capital, sendo uma feminina e uma masculina. Esse recorte traz, portanto, a perspectiva de servidores de diversas formações, alocados na Secretaria de Justiça e Cidadania do Paraná, sobre a relação com setores e serviços da Saúde, Educação e Assistência Social. Os entrevistados foram identificados por códigos e nomes fictícios, visando preservar o sigilo e sua identidade. Os nomes fictícios dos participantes são nomes de personagens do livro “Cem Anos de Solidão”, do colombiano Gabriel García Márquez. Para preservar a identidade dos participantes, não especificaremos a qual das duas casas se referem os cenários relatados nas entrevistas.

Semiliberdade e as Redes

Nas entrevistas, foram feitas perguntas sobre as relações com os serviços de saúde, educação e assistência social. Nesse tema, no discurso dos trabalhadores, as relações entre serviços não se restringiram a explicitar o apoio desses locais à iminência de crises, mas às relações de modo amplo.

A gente tem vários parceiros, até porque a gente depende. Para além dessa questão de incompletude institucional na Socioeducação que sim, é básico, a Semiliberdade por si só depende muito dos parceiros. (entrevistado 1)

Faz-se notar nos comentários de alguns entrevistados a maneira propositiva como estabelecem contato e relação com outros serviços. Referiram procurar estabelecer contato próximo com trabalhadores de outras equipes, apresentando o que é a Semiliberdade, como funciona a medida e o modo como as equipes trabalham. Comentaram ser frequente que os serviços da rede confundam a Semiliberdade com instituições de acolhimento destinadas a adolescentes que tiveram o poder familiar destituído. Também foi demarcado, no discurso, a importância de se manter boas relações, de cordialidade e respeito com trabalhadores da rede, pela importância de dependerem dos outros serviços, haja vista a incompletude institucional atribuída à Semiliberdade.

Semiliberdade e Saúde (Rede de Atenção Psicossocial, Atenção Primária e Hospitais Gerais)

Quanto às articulações com a Saúde nas ocasiões de crise, em relação às emergências em geral, os trabalhadores reconheceram prontidão para atendimentos de emergência ao acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS se destacou, na fala de trabalhadores, como o ponto de atenção com o qual melhor se tem diálogo e pactuação. As entrevistas explicitaram que há um fluxo entre CAPS e Semiliberdade, para uma das Casas de Semiliberdade. Nos casos de emergência, relatou-se que o CAPS do território da referida Casa oferta flexibilidade nos horários de atendimento e acesso facilitado à agenda médica, dando a entender que o atendimento psiquiátrico é prioritário nos casos de emergência.

Afirmou-se em entrevista boa vinculação das/os adolescentes com profissionais do CAPS. Uma trabalhadora descreveu o atendimento dos profissionais do CAPS como assertivo, especializado, com abordagem adequada ao adolescente em conflito com a lei, no sentido de não o estigmatizar.

As menções sobre a relação com CAPS incluíram diálogos dos profissionais da Atenção Psicossocial com os profissionais das equipes da Semiliberdade, a respeito dos atendimentos prestados ao adolescente, envolvendo orientações e construção conjunta de manejos para precaver e abordar crises, além da disponibilidade de continuidade de discussão do caso, não só na iminência de crise.

O CAPS é um parceiro nosso, sempre que precisa a gente encaminha a/os adolescentes. Lá eles são abertos, temos diálogo, tanto no CAPS infantojuvenil como no CAPS adulto, que vão quando no caso da/o adolescente ter mais de 18. (entrevistado 2)

No que diz respeito ao suporte da Atenção Primária em Saúde (APS), por meio das Unidades de Saúde, foram referidas perspectivas diferentes entre as Casas de Semiliberdade. Uma das Casas referiu a articulação com a APS bem estruturada, por meio de um fluxo pactuado entre os serviços. O fluxo em questão é que, quando a/o adolescente chega, no dia seguinte é agendado atendimento na unidade de saúde, para passar por avaliação inicial e exames básicos. Contaram que, se necessário, a equipe da unidade faz visita à Casa. Informaram que esse é o fluxo, mesmo com adolescentes que vêm de outro município. Nesse fluxo, referiram até mesmo à articulação de atendimento em outra unidade de saúde, se não houver profissionais com horários disponíveis na unidade de referência.

Sobre a existência desse fluxo, contaram possuir vínculo estreito e próximo, afirmando essa característica como resultado do esforço de servidores da Socioeducação e da Saúde, com insistência dos servidores da Casa em estabelecer contato, pois antes havia dificuldade com a APS, com demonstração de medo e preconceito dos profissionais da saúde em relação aos adolescentes. Indicaram que na medida da construção da relação entre serviços, em reuniões e pactuações, o preconceito e o medo dos profissionais foi se desfazendo e dando lugar à sensibilidade para com as histórias das/os adolescentes.

A outra Casa de Semiliberdade referiu mais dificuldades em relação à articulação com a Atenção Primária do território. Não ficou explícito um fluxo de atendimento. Contaram, ainda, que quando se trata de adolescentes que vêm de outros municípios existe barreira de acesso no cadastro, o que inviabiliza situações como a renovação de receita, pois, se não é realizado o cadastro no sistema, fica inviabilizada a retirada da medicação.

Semiliberdade e Educação

Os serviços relacionados à Educação foram vistos de maneira diversa, quiçá controversa, no decorrer das entrevistas. Em algumas entrevistas, as escolas foram consideradas como um dos pontos de maior dificuldade de diálogo e prestação de serviços. Outras entrevistas apontaram uma variedade de disposição e compreensão das escolas em receber os adolescentes da Semiliberdade. Foi mencionada dificuldade de acesso à matrícula e ao acompanhamento pedagógico para adolescentes pardas/os e negras/os, havendo diferença no tratamento comparado com adolescentes brancas/os que tendem a ser mais bem acolhidas/os nas escolas e em outros serviços.

Foram relatadas situações que demonstram estigma no tratamento dessas/es adolescentes nas escolas. Uma trabalhadora contou que é comum as escolas realizarem contato com a Semiliberdade, demandando reuniões sobre alunos que estão “dando problema” na escola ou pedindo a presença de profissionais na escola para resolver a situação, pressupondo que a/o adolescente que está “dando problema” frequenta a medida de Semiliberdade. Muitas vezes, a escola verifica que a/o adolescente para o qual a escola demandou prontidão na ação não é integrante da Casa. Foram relatados então dois vieses, pelos quais as/os adolescentes são

percebidas/os nas instituições de ensino: ou as/os tratam como coitados, demonstrando pena, ou as/os tratam como delinquentes, culpando-as/os de maneiras sutis.

Semiliberdade e Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Nas entrevistas, identificou-se que a relação com esses serviços variou de município para município, pois, muitas vezes, as/os adolescentes advêm de localidades de todo o estado. Reconheceu-se que, com algumas comarcas, o trabalho é mais efetivo e, com outras, nem tanto. Nas entrevistas, os trabalhadores responsáveis pelas articulações com o SUAS referiram buscar ter relações ativas com esses serviços. Uma das entrevistadas mencionou resistência dos serviços da assistência social do município de Curitiba em atender as/os adolescentes que vêm de outros municípios. Nessa mesma entrevista, foi referido que, de maneira geral, há barreiras de acesso para o atendimento das/os adolescentes nos CRAS e nos CREAS.

Um aspecto importante a se destacar, que se atrela ao sofrimento das/os adolescentes mencionados em entrevista, é que também foi identificada e descrita dificuldade de acesso para as/os adolescentes negros e pardos para as políticas do SUAS. Um trabalhador referiu que o apoio dado pela política de atendimento da Socioeducação, efetivado pela articulação dos trabalhadores da Socioeducação, até consegue minorar essas situações de dificuldade de acesso com as/os adolescentes negros e pardos, e que há na unidade quem trabalhe para tentar igualar as oportunidades. Percebeu-se que a equipe tem consciência da diferença de tratamento por discriminação racial, mas, apesar de tentar minorar a dificuldade de acesso, não é possível anular totalmente a discriminação racial.

Discussão

Chamamos atenção à unanimidade da importância atribuída no discurso dos trabalhadores sobre a necessidade de estabelecer relações com outros pontos de atenção para acompanhar as/os adolescentes, seja para suporte à crise, como para suporte ao cumprimento da própria medida socioeducativa. Pode-se dizer que as casas de Semiliberdade têm grau relevante de interdependência dos serviços da rede, uma vez que, diferentemente das unidades de privação de liberdade, possuem unidades e equipes menores. Essa é uma característica que impossibilita o estabelecimento de um funcionamento totalizante da instituição para gerir a vida das/os adolescentes. A estrutura e a proposta da semiliberdade tendem à relação com outros serviços.

O estudo de Federhen et al.⁵, que avaliou as articulações entre a Rede Socioeducativa e Assistencial em municípios do estado do Paraná ligadas a unidades de privação de liberdade, atestou que as práticas de cuidado em saúde mental nestas unidades estão voltadas eminentemente à medicalização do cuidado, atribuindo diagnósticos psiquiátricos e psicotrópicos à quase a totalidade das/os adolescentes. Quando existe o profissional médico dentro da unidade socioeducativa, a tendência é não mais acionar a Rede de Saúde.

Se comparamos os achados de Federhen et al.⁵ aplicados ao contexto da privação de liberdade com o que encontramos na Semiliberdade, podemos notar que as unidades de internação têm a estruturação e o funcionamento que impelem a manicomialidade por meio da tendência ao funcionamento como instituição total e à medicalização de práticas de atenção à crise, diferentemente da Semiliberdade, que demanda a ação de outras unidades, busca e tem condições de construir vinculação com as equipes e fluxos com CAPS e Atenção Primária. Dessa forma, a Semiliberdade tem mais chances de cuidar dos atendimentos das/os adolescentes, garantir a discussão dos casos e a continuidade dos acompanhamentos, isto é, os elementos mais fundamentais para o manejo e a prevenção de crises em Saúde Mental. Vale mencionar que se atestou que a própria apresentação

das crises nas Casas de Semiliberdade se dá de maneira mais branda e menos grave, envolvendo menos risco contra si, do que nas unidades de privação de liberdade⁶.

Zeferino et al.⁷ identificou na investigação de outras unidades de internação no Paraná a tentativa dos trabalhadores da unidade de privação em estabelecerem relações de articulação com os equipamentos de saúde do território, conseguindo estruturar uma perspectiva de cuidado descentralizado, mas a unidade mudou de endereço e as relações com o território foram desfeitas. Assim, mesmo com a tentativa de articulação por parte dos trabalhadores da Socioeducação, a estrutura, a instituição e decisões que foram à revelia dos trabalhadores não priorizaram que estes realizassem articulação em rede e cuidado no território.

É de destaque nos resultados que as melhores articulações em rede se deram com a Saúde, especialmente com os CAPS. Não surpreende, se primeiro entendemos que esta pesquisa investigou um fenômeno majoritariamente de interesse da saúde mental, que são os manejos de crise previstos na PNAISARI, que haja pactuação entre as unidades socioeducativas e de saúde, envolvendo a execução de Plano Operativo e Plano de Ação Anual. Chama a atenção que, mesmo com a PNAISARI, tenham sido relatadas fragilidades no estabelecimento de fluxo com a atenção primária. Isso aponta que há construções por se estabelecer. O relato sobre o tratamento, advindo de Hospitais Gerais, faz refletir sobre a hermeticidade ainda característica dessas instituições, a ausência de territorialidade e fragilidade na inserção em redes⁸.

Os resultados colhidos confluem com o apontado pela literatura crítica sobre a Educação, a qual revela como o ambiente escolar pode perpetuar desigualdades sociais e econômicas, reproduzindo e reificando discriminações. Uma das razões apontadas para isso é que o próprio modelo organizacional e as práticas pedagógicas das instituições de ensino tendem a um reducionismo das problemáticas enfrentadas por esse público, produzindo culpabilização de indivíduos⁹.

O mesmo problema da barreira de acesso foi identificado na relação da Semiliberdade com os serviços do SUAS, especialmente no que diz respeito ao atendimento de adolescentes negras/os e pardas/os. O Brasil, em sua formação histórica e constituição vigente, inserido no sistema do mundo capitalista, está estruturado e institucionalizado em bases racistas, que perpetuam esta lógica. O funcionamento normal das instituições impele a discriminações raciais naturalizadas e denegadas^{10,11}. No caso da/o adolescente em conflito com a lei, mais essa camada de estigmatização está presente. Como é afirmado em uma das entrevistas, faz diferença a mediação de atores sociais ou representantes do serviço que estejam dispostos a trair os pactos discriminatórios.

Considerações Finais

A semiliberdade é um modelo de medida socioeducativa que tem como fundamento e estrutura a territorialidade, especialmente se comparada aos modelos de internação. Com isso, o cuidado em rede tente a ser mais procurado do que nas unidades de privação de liberdade. Ainda são percebidas dificuldades no estabelecimento desse cuidado ampliado, todavia, na comparação com as unidades de privação, os relatos de efetividade se fazem mais presentes. Nas unidades de internação, pouco se faz presente o debate da formação de redes. Nesse contexto, a questão mais imperiosa em relação à saúde mental diz respeito à contensão física e química das/os adolescentes.

Podemos observar que o relato das articulações mais próximas e eficazes se deu, principalmente, na Atenção Psicossocial com o CAPS e na APS, envolvendo diálogos constantes entre as equipes, buscando a construção conjunta do cuidado. Nas descrições, podemos notar que esses fluxos se deram na medida em que houve apresentação dos serviços, aproximação e sensibilização às histórias e à realidade das/os adolescentes. Importante considerar que esse esforço ativo está oficializado e previsto na PNAISARI. A política prevista no papel

embasa e dá incentivo para a articulação da atenção intersetorial nos territórios. No entanto, sem a disposição e engajamento dos atores sociais, o previsto em lei não está garantido, uma vez que, como foi relatado, há dificuldade na articulação com uma das Unidades de Saúde.

A relação com a Educação e com o SUAS se mostrou mais delicada no que diz respeito ao estabelecimento de fluxos e atendimento equitativo para as/os adolescentes. A Equidade é um princípio do SUS e do SUAS, no entanto, o relato sobre esse acesso não se confirma totalmente nesta pesquisa, no que diz respeito ao acesso das/os adolescentes na Semiliberdade, especialmente as/os negras/os e parda/os.

Há um caminho longo para a produção de intersetorialidade. A oficialidade do estabelecimento de políticas nacionais se mostra como um caminho necessário, mas não suficiente para tal. É preciso ativar sensibilidades nos territórios, no caso a caso, a cada pactuação, reunião e atendimento.

Referências

1. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciênc Saúde Colet*. 2020; 25(2): 595–602.
2. Warschauer M, Carvalho YM. O conceito Intersectorialidade: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. *Saude soc [internet]*. 2014;23(1):191–203. Doi: 10.1590/S0104-12902014000100015
3. Silva AS, Ziliotto FPO, Feitosa JB, organizadores. *Cadernos de socioeducação: semiliberdade*. 2. ed. rev. e ampl. Curitiba: Secretaria da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos do Paraná; 2018.
4. Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos do Paraná (PR). Departamento de Atendimento Socioeducativo. *Relatório de Gestão 2019-2020*. Paraná: Dease; 2020.
5. Federhen C, et al. Caminhos e intermediações entre serviços do Sistema de Saúde e da Socioeducação. *Ciênc Saúde Colet [internet]*. 2024 [acesso em 20 out 2023];29(6):e03452023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHjX6LdPDBNjdxM8D3knryG/?format=pdf&lang=pt>
6. Olivett K, Araújo LM, Santos DVD, Stefanello S. Saúde Mental de Adolescentes no Sistema Socioeducativo: entrevista com profissionais da semiliberdade em Curitiba. *Estud Pesqui Psicol [internet]*. 2024 [acesso em 6 mar 2025]; 24: e83544. Doi: 10.12957/epp.2024.83544. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/83544>.
7. Zeferino FB, et al. Relações entre a Rede de Saúde Municipal e Unidades Socioeducativas para Atenção à Saúde do Adolescente privado de liberdade em município do estado do Paraná. In: *Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [internet]*, 2022, Salvador. Campinas, Galoá, 2022 [acesso em 20 out 2023]. Disponível em: <https://proceedings.science/abrascao-2022/trabalhos/relacoes-entre-a-rede-de-saude-municipal-e-unidades-socioeducativas-para-atencao?lang=pt-br>.
8. Borsato FG, Carvalho BG. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciênc Saúde Colet [internet]*. 2021;26(4):1275–88. Doi:10.1590/1413-81232021264.10212019
9. Correia FC, Barbi KB, Capobianco NC. A cor do fracasso escolar: o lugar do jovem autor de ato infracional para a escola brasileira. *Revista Educação E Emancipação*. 2025; 18: e23583. Doi:10.18764/2358-4319v18e23583
10. Bento C. *O pacto narcísico da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
11. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: 2020. A categoria político-cultural de amefricanidade. Rios F, Lima M, organizadoras. p. 127-138.

ARTIGO

Desafios e articulações necessárias para o cuidado no território de pessoas com sofrimento psíquico e em conflito com a lei: o papel das equipes conectoras (EAPS)

Challenges and necessary coordination for the care of people with mental health problems and in conflict with the law in the territory: the role of connecting teams (EAPS)

Kátia Paiva^I, Alina Zoqui de Freitas Cayres^{II}, Maria Alice Saccani Scardoelli^{III}, Raquel Cleide da Mota Carvalho^{IV}

Resumo

O artigo apresenta breve histórico sobre a forma em que eram encaminhados os casos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em unidades híbridas ao sistema prisional, antigamente denominado manicômio judiciário, hoje conhecidos como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs). O estado de São Paulo possui três dessas unidades com cerca de 1.000 casos, e encontra-se em transição do modelo assistencial para as diretrizes preconizadas pela Resolução CNJ 487, que reorienta a condução do cuidado dessa população às redes públicas assistenciais, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Entre os dispositivos fundamentais estão as equipes conectoras (EAPs), que têm o papel de apoio ao processo de desinstitucionalização dos HCTPs, assegurando o acesso ao cuidado e com a garantia de direitos, atuando ainda na articulação desses casos com os serviços mais adequados dentro da interface entre o sistema de Justiça, o SUS e o SUAS. Suas atribuições incluem a realização de diagnóstico ampliado, o mapeamento e a sensibilização de gestores e trabalhadores dessas redes assistenciais para o acolhimento e acompanhamento dos casos, além de apoiar a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com os serviços, na lógica territorial.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, assistência à saúde mental.

^I Kátia de Paiva (kpaiva@saude.sp.gov.br) é psicóloga, com especialização em Saúde Mental (Escola de Enfermagem da USP-SP), Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana e Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ambas pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz). Fez formação em psicanálise pelo Instituto de Pesquisa em Psicanálise de São Paulo. Foi coordenadora de saúde mental do município de Embu das Artes e Embu Guaçu. Atualmente integra a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) na coordenação das equipes EAPs-Desinstitucionalização. Foi apoiadora educacional do Projeto Percursos Formativos da Raps- Saúde Mental na Atenção Básica e atualmente do Projeto Nós na Rede, ambos da Fiocruz.

^{II} Alina Zoqui de Freitas Cayres (azoqui@saude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Atualmente compõe a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e atua como docente do curso de pós-graduação Psicoterapia de Orientação Psicanalítica da Universidade Mackenzie. Organizadora e coautora dos livros Caminhos para a Desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014 e Adolescência, Juventude & Saúde Mental.

^{III} Raquel Cleide da Mota Carvalho (raquel.cleide@saude.sp.gov.br) é assistente Social, mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Servidora pública da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, com experiência de atuação na área de álcool e drogas, saúde mental e desinstitucionalização. Integrante da EAP-Desinstitucionalização.

^{IV} Maria Alice Saccani Scardoelli (masscardoelli@saude.sp.gov.br) é médica psiquiatra, com Especialização em Administração Hospitalar e em Gestão em Serviços de Saúde. Atua como médica assistente do Programa de Esquizofrenia (PROJESQ) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). E atualmente é Coordenadora Estadual de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde.

Abstract

This article presents a brief history of how cases of people with mental disorders in conflict with the law were referred to hybrid units in the prison system, formerly called forensic hospitals and now known as psychiatric custody and treatment hospitals (HCTPs). The state of São Paulo has three of these units with approximately 1,000 cases and is in transition from a care model to the guidelines recommended by CNJ Resolution 487, which redirects the care provided to this population to public care networks such as the Unified Health System (SUS) and the Unified Social Assistance System (SUAS). One of the fundamental mechanisms is the connecting teams (EAPs), which have the role of supporting the process of deinstitutionalization of HCTPs, ensuring access to care and guaranteeing rights. They work to link these cases to the most appropriate services within the interface between the justice system, the SUS, and the SUAS. Their responsibilities include carrying out expanded diagnostics, mapping and raising awareness among managers and workers in these care networks to welcome and monitor cases, in addition to supporting the construction of Singular Therapeutic Projects (PTS) in conjunction with the services, within the territorial logic.

Keywords: Psychiatric reform, psychiatric care and custody hospital, mental health care.

Contexto histórico

Crime e loucura são temas que mobilizam o imaginário social de forma intensa e, desde sempre, foram objeto de inquietação e produção de artes e saberes. No nascimento da medicina e da psiquiatria, rapidamente tornou-se também um profícuo objeto de estudo, atrelando o conceito de periculosidade como potencial e imprevisível risco associado à loucura, o que fortaleceu sua estigmatização. Foucault, em suas obras *Pierre Riviere* (1973), *Os Anormais* (1975) e *O Poder Psiquiátrico* (1973), evoca detidamente sobre a teorização, no alienismo francês, da *monomania*. Tratava-se de grave patologia, silenciosa, de irrupção abrupta e perigosa devido à sua característica impulsiva e violenta. Poderia acometer quaisquer pessoas que teriam sinais de degenerescência constitutiva, que supostamente eram herdados, devido às suas origens sociais. Eclodiu toda a sorte de preconceitos, disseminados amplamente com as campanhas equivocadas realizadas já num segundo momento histórico, quando o movimento higienista difundiu esse ideário. Até os dias atuais, presenciamos os efeitos deletérios dessa estigmatização em relação às pessoas acometidas por um transtorno mental¹⁻⁴.

Uma subespecialidade da psiquiatria, denominada forense, se dedicou a esse tema da doença mental que culmina concretamente no crime, adotando como referência o princípio da periculosidade. Todo um complexo jurídico-tutelar foi estruturado em torno desse assunto no campo da Justiça e da Segurança, com o Direito Penal, que legisla a partir de um código de lei com um conjunto de regras criado para os casos com essa característica. No Brasil, tais casos, se julgados inimputáveis (sem condições de responder por suas ações) ou semi-imputáveis (com condições parciais para responder por suas ações), seriam destinados a um regime diferenciado de sanção, hoje denominado medida de segurança, que indica a necessidade do encaminhamento para espaço especializado, que garantisse tratamento por meio de internação, mas em segurança, na condição de privação de liberdade. Os antigos manicômios judiciais, atualmente conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), nasceram desse regramento⁴⁻⁷.

Até este momento, os HCTPs são unidades destinadas a receber as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Esse processo ocorre por meio da instauração do Incidente de Insanidade Mental durante processo criminal, passando por perícia médica especializada, em que se atesta a presença de transtorno mental. Isso pode tornar o caso semi-imputável ou inimputável perante a Justiça, cabendo ao juiz a opção em sentenciar pena ou medida de segurança. Nesse último caso, o da medida de segurança, é determinada a submissão a

tratamento especializado em serviços próprios a essa finalidade. O estado de São Paulo atualmente possui três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, vinculados à Secretaria de Administração Penitenciária. Com a Resolução CNJ nº 487/2023, que preconiza a mudança dessa política, fica apontada a necessidade do fechamento desses serviços por serem considerados espaços inadequados ao que se indica hoje como cuidado em saúde mental^{5,8}.

Na política que estava vigente (nesse momento em gradativa transição), no âmbito jurídico-legal, as medidas de segurança são estipuladas para um prazo de um a três anos, sendo prorrogável por outros anos, sem limite pré-determinado, mediante avaliação de médico perito e decisão judicial para permanência da medida de segurança ou à cessação da periculosidade⁵. Aos indivíduos imputáveis, o limite da pena imposta pelo Estado é de 30 anos, com possibilidade de progressão para regime semiaberto após o cumprimento de 2/5 do tempo (nesse limite, a partir de doze anos) e redução de anos por meio da adoção de outras ações e bom comportamento. Essa prerrogativa fica em aberto no caso da medida de segurança, visto que ela não tem um prazo para a extinção. Com isso, a população dos HCTPs fica suscetível a cumprir, por medida de segurança, tempo maior que o limite imposto no caso dos imputáveis.

Conforme Diniz⁵, essa população permaneceu por anos invisível e reclusa nesses estabelecimentos e pouco se sabia sobre o seu perfil, até a realização e publicação de um censo nacional, em 2011, de sua autoria. E, de fato, foram identificados tanto alguns casos de pessoas que ultrapassaram 30 anos em medida de segurança (0,5% da população pesquisada) como, em percentual bem mais expressivo (21%), casos em que pessoas permaneceram internadas e reclusas por mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (se fosse considerado no regime imputável). Possivelmente, são inúmeros os fatores que contribuem para esse cenário, desde os de cunho burocrático próprios do aparelho jurídico-penal (por exemplo, tempo de demora dos trâmites processuais) como os entraves e resistências sociais, muitas vezes recrudescidos quando influenciados por casos que tiveram grande repercussão na mídia ou na comunidade em que a pessoa vivia.

Muitas publicações apontam os problemas vividos pelas pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Além das dificuldades de se viver na condição de privação de liberdade, esta população carrega duplo estigma, o da loucura, por ter um histórico de transtorno mental atrelado ao da periculosidade, por ter cometido uma infração penal. Condição que gera alto risco de uma existência atravessada por situações de preconceito e exclusão social^{5-7, 9-13}. Na prática, a violência que foi feita por quaisquer um dos custodiados não foi diretamente dirigida à sociedade. Mas, às vezes, reverbera como se assim fosse. Essa marca, como aponta Eliane Brum¹⁴, que incita mais revanche do que de justiça, faz com que as pessoas que foram privadas de liberdade a carreguem enquanto viverem também o estigma da condenação, dificultando ou impedindo que possam reconstruir suas vidas, que certamente será atravessada por essa história, mas que não deveria deixar de aspirar a dar continuidade em suas existências, mesmo porque, perante a lei, cumpriu o que lhe foi determinado.

Pode-se ainda supor que parcela dessa população, após a extinção da medida de segurança, continuou internada em hospital psiquiátrico por anos, como prática correntemente adotada até as mudanças propostas por meio do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da promulgação da Lei 10.216, de 2001, que dispôs sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, passando a restringir e regular internações, inibindo as de longo prazo em instituições de características asilares. Os censos psicossociais realizados nos anos 2008 e 2014 sobre internações de longo prazo (acima de um ano) no âmbito dos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, identificaram que parte das pessoas (por volta 5% da população, quando foi possível identificar a informação via prontuário, conforme pesquisado em 2014) era proveniente de manicômios judiciários^{15,16}.

Quanto ao perfil da população dos HCTPs, Diniz⁵ indica que se trata de população predominantemente masculina, de baixa escolaridade e com inserção precária em atividade trabalhista. Os percentuais para crimes graves, como homicídio e violência sexual, são significativos (cerca de 40% do total), porém, não são predominantes. E, desse grupo, quase metade das infrações é dirigida a algum membro da família, de forma isolada. Nos últimos anos, há uma tendência crescente de entrada de pessoas com problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, reflexo dos desafios contemporâneos que esse tema tem mobilizado nas políticas públicas¹³.

Diniz⁵ aponta que não há evidências científicas na literatura acadêmica que possam sustentar a ideia de periculosidade de uma pessoa vinculada a uma dada classificação psiquiátrica, tanto que o censo demonstrou que pessoas com diferentes diagnósticos cometeram infrações similares. Segundo a autora, o argumento da periculosidade está mais associado a um dispositivo de poder e de controle em disputa permanente nos campos dos saberes psiquiátricos e penais, de cunho moral e não propriamente orgânico ou penal.

Para Diniz⁵, o principal achado do Censo indica que:

“(...) não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais. É possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional.” (p.15-16)

Contudo, a autora alerta para a necessidade de se refletir sobre a questão familiar nesse processo, visto que os casos de agressão e de homicídio são cometidos predominantemente a membros da família. Para a autora: “A casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo.” (Diniz, 2013, p.16)⁵. O que pode implicar construção de estratégias de cuidado e de desinstitucionalização que considerem esse problema e condição.

Nesse censo realizado, Diniz⁵ também aponta para a inércia do modelo penal-psiquiátrico. Com elevada espera nos tramites de entrada e saída de parcela significativa de pessoas em medida de segurança, tanto de casos que talvez não precisassem estar nesse regime ou, quem sabe, cumprindo uma medida alternativa, devido ao tipo de infração cometida, de menor agravo, como de casos de extinção da medida de segurança, mas nos tramites de aguardo de saída definitiva.

Um dos principais problemas que entram a saída das pessoas em fase de desinternação condicional ou com a extinção da medida de segurança relaciona-se ao processo de desinstitucionalização e reinserção social que, geralmente, fica atrelado às garantias de continuidade de cuidado, por meio de políticas sociais. Para a saída definitiva, é necessário que a pessoa que não tenha ou perdeu seus vínculos familiares e/ou sociais (situação comum, devido ao perfil das infrações cometidas por essa população) consiga ser inserida no território (de sua última residência ou, de acordo com outro critério, se necessário, por exemplo quando a família muda de cidade, mas deseja acolher a pessoa), garantindo acesso e acompanhamento em serviços assistenciais que ofereçam cuidado e suporte social, tal como os que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e mesmo os demais serviços do Sistema Único de Saúde, além dos serviços e programas existentes no campo da Assistência Social. E, idealmente, de demais setores, como Educação, Trabalho, Habitação, entre outros.

Há também resistências nos serviços das redes socioassistenciais, incluídos os da saúde, em que é importante ressaltar que a associação entre a prisão e a loucura inscreve uma marca que produz preconceitos e

vulnerabilidades, além do próprio desconhecimento quanto ao perfil dessa população. Somado a um contexto em que se precisa equacionar a sobrecarga dos profissionais com as demais demandas de atendimento no serviço. Ainda há muito a se desmistificar quanto a essa questão, e oferecer discussões, ferramentas e experiências que possam contemplar o acolhimento dessa população que se encontra em regime de medida de segurança.

Em virtude desse complexo cenário, o campo da Saúde tem se debruçado na elaboração de políticas públicas voltadas para a população privada de liberdade. Em 2014, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de promover garantias de acesso ao SUS, incluídas nesse grupo as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Há alguns anos, por meio das Portarias nº 94 e 95 de 2014, foram incluídas estratégias de cuidado e de desinstitucionalização elaboradas de forma mais específica ao perfil desse grupo populacional, com o objetivo de redirecionar os modelos de atenção, atendendo aos preceitos da reforma psiquiátrica¹⁷. E, recentemente, um novo planejamento urge necessário ante a Resolução CNJ 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança⁸.

A Resolução CNJ 487/2023 e o trabalho de articulação das equipes conectoras como apoio às mudanças previstas no modelo assistencial

As discussões da reforma psiquiátrica, apesar de previstas em sua legislação sobre a atenção a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, não propiciaram sua devida inclusão nas redes de cuidados. São pessoas que permaneceram em condições atravessadas sob a lógica do asilamento nos HCTPs, justificada principalmente pelo argumento da periculosidade, determinada por meio dos trâmites penais na Justiça. Esses estabelecimentos geralmente são administrados pela gestão prisional nos estados brasileiros, sob a jurisdição dos Tribunais Estaduais, e têm sido caracterizados por internações prolongadas e inadequadas dessa população, uma vez que a abordagem se mostra limitada, centrada na avaliação psiquiátrica pericial, em regime institucional fechado, com características asilares, onde ainda se opera a premissa do isolamento social pelo mote da Segurança.

Nos últimos anos, essa pauta retorna, provocada sobretudo pela publicação da Resolução CNJ 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e inclui a indicação de prazos para o fechamento parcial e total dos HCTPs ou modelos congêneres^v. Dessa forma, foi dada a urgência de se promover políticas e práticas de desinstitucionalização, com ênfase na atenção psicossocial, e a indicação para que os encaminhamentos operem nas redes socioassistenciais das políticas públicas direcionadas à população em geral, garantindo a inclusão do cuidado às pessoas com transtornos mentais em conflito lei dentro dessas políticas^{8,18,19}.

Nesse cenário, recentemente foram incorporadas à RAPS, por meio da Portaria GM/MS nº 4.876/2024, as Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst)¹⁷. Essa estratégia representa um avanço na promoção de um cuidado de saúde mental em liberdade, destinado a esse perfil populacional. Essa equipe tem um papel essencial no apoio, diante do processo de desinstitucionalização em estabelecimentos prisionais tais como os HCTPs, assegurando o acesso ao cuidado digno e com a garantia de direitos a essa população. Atua na articulação e redirecionamento desses casos para os serviços mais adequados dentro da interface entre o sistema de Justiça, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

^v Em alguns estados, foram criadas alas especiais de saúde dentro de penitenciárias, para os casos de internação provisória e os instaurados a medida de segurança.

Dentre suas atribuições, está a realização de diagnóstico ampliado dessas pessoas, o mapeamento e a sensibilização de gestores e trabalhadores das redes do SUS e do SUAS para o acolhimento e acompanhamento, além do apoio à construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em conjunto com os serviços dessas redes, na lógica territorial. Nesse sentido, há a necessidade de intervir nas desigualdades e condições de vida das pessoas, que perpetuam processos excludentes ao seu redor. A partir do momento em que há o reconhecimento de cada usuário, depara-se com pessoas que têm vínculos familiares frágeis ou inexistentes. São elementos importantes para compreender qual o melhor modelo de projeto de moradia e cuidado para cada pessoa no processo de desinstitucionalização. Esse diagnóstico permite analisar se o usuário tem condições de retornar ao seu contexto familiar ou se é necessário providenciar alguma forma alternativa de moradia, sendo primordial a participação de políticas socioassistenciais do SUAS e de outros órgãos ligados ao direito da habitação ou mesmo na identificação de possíveis benefícios ou apoios suplementares que possam ser requeridos. Atualmente, tem-se adotado o termo estratégias de residencialidade para fomentar essa discussão para além da opção de vaga em residência terapêutica como a única ou exclusiva alternativa^{18,19}.

No caso do estado de São Paulo, esse trabalho tem se materializado com a estruturação de duas equipes vinculadas à Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde (ATSM/SES/SP). Elas foram organizadas para acompanhar um grupo de regiões de saúde e, por meio da estruturação de um banco de dados de pessoas que estão internadas nos HCTPs, foi selecionado um número proporcional de casos, com a indicação de um técnico de referência. Esse técnico fica responsável por acompanhar e atualizar o *status* de cada caso, seguindo alguns critérios de prioridade, tais como os casos em que a medida de segurança foi cessada, os que estão para ser cessada, aqueles que carecem de estratégia de residencialidade, entre outros.

Acrescentamos que, desde 2019 até 2024, constam nos registros internos da ATSM/SES/SP cerca 1.600 casos que foram desinternados, por volta de 1.000 deles com o processo de desinternação condicional (que indica acompanhamento ambulatorial no SUS) já concluído, e o restante, aproximadamente 600 casos, encontra-se nesse processo de desinternação com acompanhamento dos casos por meio de envio de relatórios periódicos das equipes de saúde que cuidam deles nos territórios em que vivem. Desde o início da atuação das EAPs (em 2024), há o acompanhamento mais detido de aproximadamente 300 casos/mês, de um universo de 1.000 casos que se encontram em regime de internação nos HCTPs, adotando-se os critérios acima referidos. Cerca de 350 pessoas foram desinternadas durante esse período^{VI}.

Contudo, novos casos (quase o mesmo número das saídas) continuam a entrar nos HCTPs. Isso ocorre, de um lado, porque as medidas de segurança continuarão a existir. O que está em questão na Res. CNJ 487 é o fechamento gradual dos HCTPs, com o encaminhamento e absorção gradativa dos casos nas redes socioassistenciais previstas, como a saúde, nos casos indicados para a internação ou tratamento ou tratamento ambulatorial^{VII}. Há um entendimento de que, enquanto essa porta continuar aberta, a mudança da política e da cultura não ocorrerá. Por isso, a necessidade dessa posição^{VIII}.

Porém, as medidas de segurança, assim como o critério de periculosidade, seguem sem discussão, e talvez essas pautas também precisassem estar presentes para se evitar distorções em seu uso, se consideradas simplesmente devido à presença de um transtorno mental prévio (sem outros agravantes ou atenuantes), assim como da forma como ela opera no tempo de internação. E há um quantitativo pequeno de casos que são

^{VI} O volume do trabalho e esses quantitativos por si mesmo sugerem a necessidade de ampliação dessas equipes.

^{VII} Há dois tipos de medida de segurança previstos em lei. A decisão que condiciona o acompanhamento em serviço de saúde (tratamento ambulatorial) e a outra que indica tratamento em regime de internação. Ambos dependem de perícia judicial.

^{VIII} Por outro lado, o fluxo de entrada dos casos é complexo e precisará de um tempo de compreensão e adaptação dos diferentes setores (Segurança, Justiça, Saúde Assistência Social, entre outros) envolvidos nesse processo para a sua execução.

complexos e exigem muita discussão técnica para viabilizar o melhor encaminhamento possível à pessoa, mas que pode depender de uma internação que pode se alongar mais no tempo, o que contradiz as premissas da Lei 10.216/2001, a qual indica excepcionalidade e brevidade nos casos das internações.

Nesse sentido, para o processo de desinstitucionalização, é fundamental ampliar o olhar não somente para essas questões como também para os determinantes sociais de saúde, que refletem a distribuição desigual de recursos e oportunidades na sociedade, gerando desigualdades que impactam diretamente na saúde e no direito à cidadania das pessoas. Ao mesmo tempo, é necessário incorporar os marcadores sociais da diferença como ferramentas de análise dos grupos sociais e das identidades em disputa pela inclusão, enfrentando os estigmas e os mecanismos de exclusão social, sendo este país marcado por profundas desigualdades sociorraciais.

Para a desinstitucionalização dos HCTPs há a exigência, o envolvimento e a convergência de ações estratégicas essenciais para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Esse processo deve ser fundamentado no respeito aos direitos humanos, na garantia da autonomia e liberdade dos indivíduos, no enfrentamento das dinâmicas de estigmas e preconceitos e na construção de uma atenção compartilhada, voltada para as necessidades e os desejos do sujeito, por meio da diversificação das estratégias de cuidado.

Cabe lembrar que o Brasil ocupa o terceiro lugar no mundo em termos de população prisional, considerando números absolutos, evidenciando a tendência de encarceramento em massa que tem caracterizado o contexto brasileiro nas duas últimas décadas, em sua maioria, homens jovens negros e periféricos^{20,21}.

Somos produtos e produtores de uma sociedade que gera exclusões, violências e desigualdades. O campo da Saúde Coletiva, sob o prisma dos Direitos Humanos, deve tomar como desafio a busca de estratégias que possam questionar e, ao menos, minimizar os efeitos desse funcionamento. Promover espaços de visibilidade, formação de coletivos públicos que produzam reflexões críticas, na perspectiva da defesa da vida, é um dos caminhos. Oferecer estratégias de cuidado que não sejam hegemônicas, considerando a complexidade colocada em nossa sociedade, é outro. E, assim como lembra Brum¹⁴, apesar do que eventualmente essa população cometeu, senão todos, a maioria apresenta intenso sofrimento, muitos sentimentos e fragilidades, histórias de vidas complexas e difíceis. Porque, como também lembra a autora, as pessoas são ambíguas, tem nuances, possuem várias dimensões. E tentar silenciar as contradições do ser humano é negar sua humanidade. É por meio da escuta que conseguiremos abarcar as complexidades humanas do que se vive e se diz, para além do veredicto sobre uma verdade ou mentira, sobre uma pena ou medida de segurança.

Referências

1. Foucault M. Os anormais: curso no Collège de France (1975). São Paulo: Martins Fontes; 2001.
2. Foucault M, organizador. Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. Rio de Janeiro: Graal; 2003.
3. Foucault M. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes; 2006.
4. Costa MIS. Política de saúde mental, política de segurança: manicômio judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009. 174p.
5. Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: Letras Livres; 2013.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Transtorno mental e perda de liberdade. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013a.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013b.

8. Brasil. Resolução no. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Conselho Nacional de Justiça. 24 Fev 2023a.
9. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 abr 2001. Brasília: Ministério Público Federal; 2011.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Hospital de custódia: prisão sem tratamento: fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2014.
11. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Relatório de visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima – HCTP I” de Franco da Rocha. São Paulo. Brasília: Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; 2015.
12. Kolker T. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: Venturini E, Mattos V, Oliveira, RT, organizadores. Louco infrator e o estigma da periculosidade. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2016. p. 204-230.
13. Pastoral Carcerária. Hospitais-Prisão: notas sobre os manicômios judiciais de São Paulo. São Paulo: Pastoral Carcerária; 2018.
14. Brum E. A academia do Oscar fez justiça ao expulsar Polanski e Cosby por crimes contra as mulheres? El País Brasil. Madrid (Espanha). 2018.
15. Barros S, Bichaff R, organizadoras. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.
16. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho, RA, organizadoras. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2015.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 19 jul 2024; Seção 1:75.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Legislação em Saúde no Sistema Prisional. Brasília (DF); 2014.
19. Brasil. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2023b.
20. Magno PFC. Periculosidade em xeque: uma análise dos arranjos institucionais e antimanicomiais provocados pela defensoria pública na interação entre política pública penal e de saúde mental. In: Anais do IV Congresso Internacional em Saúde Mental - Rede de Atenção Psicossocial e Intersetorialidade; 2017.
21. Magno PC, Carvalho LF. Por uma detração compensatória enquanto dispositivo de uma política criminal redutora de danos. Revista Brasileira de Políticas Públicas. 2023 13 (1): 130-158.

ARTIGO

Atenção Psicossocial e Direitos Humanos: os desafios e as novas perspectivas de cuidado dentro do território

Psychosocial Care and Human Rights: challenges and new perspectives on Community-Based Care

Larissa Ferreira de Abreu Pereira¹, Isabela Roberta^{II}, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{III}

Resumo

O objetivo deste trabalho foi apresentar uma reflexão crítica sobre uma prática em Saúde Mental com imigrantes residentes na cidade de São Paulo. A reflexão foi feita a partir de uma experiência no contexto do Projeto Tendas de Cidadania, um trabalho realizado junto ao Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC) no município de São Paulo. O relato trata sobre o acompanhamento de uma família imigrante com criança, cuja queixa apresentada era dificuldade no seu desempenho escolar ou dificuldades de socialização com os colegas. Ponderamos de que forma o paradigma da atenção psicossocial e o seu princípio básico da compreensão do sofrimento psíquico como parte da condição humana pode transformar práticas de cuidado em saúde mental, contribuindo para a produção e construção do processo de cuidado e contratualidade de sujeitos dentro do seu território físico e existencial.

Palavras-chave: Saúde Mental de grupos étnicos; Direitos Humanos; Emigrantes e Imigrantes.

Abstract

This paper aims to offer a critical reflection on a mental health practice involving immigrants residing in the city of São Paulo. The reflection was developed through an experience conducted under the *Tendas de Cidadania* Project, a collaborative initiative with the Center for Human Rights and Citizenship of Immigrants (CDHIC) in the municipality of São Paulo. The report describes the psychosocial support provided to an immigrant family, focusing on a child facing challenges in academic performance and peer interaction. It was considered how the psychosocial care paradigm, grounded in the principle of understanding psychological suffering as part of the human condition, can transform mental health practices, contributing to the development of community-based care and to the recognition of individuals as active participants within their social and existential environments.

Keywords: Mental Health of Ethnic Groups; Human Rights; Emigrants and Immigrants.

¹ Larissa Ferreira de Abreu Pereira (larissafapereira@gmail.com) é psicóloga pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (Unesp) em Assis (SP), possui especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS-SES-SP). É psicóloga do Serviço de Acolhimento Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e professora na Faculdade Nove de Julho.

^{II} Isabella Roberta Santos de Queiroz isabella.irconsultoria@gmail.com é graduada em Administração de empresas pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), especialista em psicologia organizacional com ênfase em gestão de pessoas pela FMU e pós graduada em gestão de projetos Sociais. Foi diretora do Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante - CDHIC e diretora executiva da Rede Sem Fronteiras, coordenadora geral de Abrigamento Emergencial do Sindicato dos Químicos de São Paulo, é conselheira municipal de Políticas para Mulheres do Município de São Paulo e consultora de processos institucionais do Instituto de Mulheres.

^{III} Tereza Etsuko da Costa Rosa (rosatereza98@gmail.com) é graduada em Psicologia, pelo Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de São Paulo (USP), mestre e doutora pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP, ex-diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP e ex-docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde

O Projeto Tendas de Cidadania do Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante

A segunda edição do Projeto Tendas de Cidadania foi desenvolvida no período de 2021-2023, no âmbito do Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC), uma organização da sociedade Civil, que trabalha exclusivamente com a temática da Imigração Internacional, na perspectiva dos direitos humanos. A instituição atua de modo articulado em quatro eixos principais, sendo eles:

- 1 - Defesa e Promoção de Direito das Pessoas Imigrantes e em Situação de Refúgio. Envolve ações diretas de apoio à regularização migratória, de assessoria jurídica, de esclarecimentos sobre direitos trabalhistas, bem como circunscreve atividades conjuntas com a comunidade e coletivos imigrantes¹.
- 2 - Incidência e Advocacy nos espaços de decisão, que atua na promoção e intervenção em políticas públicas que subsidiem políticas migratórias alinhadas com a garantia dos direitos humanos e cidadania para pessoas em deslocamento nos contextos regional, nacional e internacional¹.
- 3 - Mobilização e Articulação de Redes e Parcerias, que opera na produção de uma rede capilarizada, fortalecida e mobilizada no sentido de oferecer apoio nas ações de garantia de direitos e proteção social para imigrantes e refugiados¹.
- 4 - Promoção dos Direitos das Crianças e Adolescentes Imigrantes e em Situação de Refúgio, que compreende atividades socioeducativas para a inclusão deste segmento etário nos espaços públicos de cultura, saúde e educação¹.

No enquadramento do quarto eixo, acima citado, realizou-se o projeto Tendas de Cidadania, do qual relatamos, em detalhes, os aspectos desenvolvidos pela autora deste artigo, como psicóloga inserida na equipe do projeto. O Tendas foi desenvolvido com a participação da equipe do Espaço Imigrantes do CDHIC, formada por psicóloga, assistente social, advogada, auxiliar da regularização migratória e profissionais capacitadas na área da regularização migratória. Além disso, o projeto contou com recursos do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA), que, por meio de edital, apoia entidades como o CDHIC para o desenvolvimento de projetos dessa natureza. Com esses recursos foram contratados, para apoiar o projeto, profissionais da Educação, da Psicologia, das Ciências Sociais, os auxiliares de logística, e também foi possível a aquisição de materiais para a realização do trabalho.

O projeto Tendas de Cidadania teve por objetivo desenvolver ações específicas de fortalecimento da diversidade, de combate ao *bullying*, à xenofobia e ao racismo, com ênfase na promoção de acesso aos direitos. O público-alvo dessas ações, em sua segunda edição, foram as crianças migrantes e seus familiares, residentes nos bairros da zona Central e Leste de São Paulo.

A primeira frente do projeto se deu com a implementação das ações de articulação entre as comunidades imigrantes e os equipamentos de cultura do território para a realização das atividades lúdicas com as crianças. A responsável pelo trabalho de articulação do projeto atuava como elo e como catalisador da integração entre comunidade e equipamento de cultura.

Paralelamente, eram realizados encontros mediados pela articuladora e a arte-educadora do projeto, com um bate-papo para a sensibilização do corpo educativo e da gestão escolar, nas escolas públicas dos bairros de atuação do projeto, sobre a importância de atender a uma nova agenda, envolvendo a questão dos estudantes atravessados pela imigração. Na prática, a atividade com os profissionais da educação visava ao combate ao *bullying*, ao racismo e à xenofobia, tendo como estratégia a promoção da cultura de paz nas escolas.

Na segunda frente, a arte educadora realizava as oficinas temáticas nos equipamentos culturais do território. As temáticas das atividades propostas tinham como referência as datas mundiais, como forma de debater assuntos de interesse do grupo. Valendo-se de recursos da arte-educação e de outros métodos pedagógicos, as atividades se pautavam na perspectiva da construção de relações horizontais e da valorização da diferença.

Essa forma de trabalho contribuiu para produzir espaços de convivência e de trocas entre crianças brasileiras e imigrantes, para o fortalecimento dos laços de amizade entre elas.

Vale destacar que esses espaços, onde ocorriam as atividades com as crianças, foram construídos de tal modo, também, a favorecer a emergência de necessidades específicas das famílias imigrantes, como, por exemplo, orientações e agendamento para a regularização dos documentos pessoais. Para qualquer necessidade, como essa ou de outra natureza que se apresentasse, contava-se com o apoio dos profissionais dos outros eixos da entidade.

Projeto Tendas de Cidadania: perspectivas para o processo de deslocamentos e a produção de novos sentidos

Neste relato sobre a experiência do Tendas de Cidadania, daremos especial destaque ao acompanhamento de famílias imigrantes com crianças que estavam apresentando alguma dificuldade no seu desempenho escolar ou de socialização com os colegas, que consistiu na terceira frente de trabalho do projeto. Aqui, a estratégia era, partindo da queixa escolar e das demandas subjacentes, ir alinhavando os potenciais dispositivos assistenciais e de suporte social que seriam resolutivos para o caso, tendo sempre como fio condutor o pertencimento ao território e o aumento do grau de autonomia da família na integração social.

Desse modo, nessa frente, o compromisso era colocar em prática ações baseadas no paradigma da Atenção Psicossocial, conferindo especial destaque ao conceito de contratualidade^{2,3}. Essa frente, para além da materialidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos permitiu alcançar a tessitura de uma rede de cuidados, em conjunto com a abertura de outras formas de habitar o território das famílias atendidas.

As famílias eram identificadas por busca ativa, por parte da profissional do projeto, junto a lideranças da comunidade imigrante, a profissionais de saúde do território, por indicação de membros de outros núcleos do CDHIC ou por indicação de alguma família já em atendimento. Assim que a criança e sua família eram identificadas, era feito o contato para a exposição sobre a instituição, sobre a natureza do trabalho e, nessa ocasião, era feita a consulta sobre a disposição e disponibilidade de a família ser atendida na própria residência.

A opção pelo enquadre do atendimento domiciliar foi feita como forma de garantir o acesso de todos os integrantes da família que quisessem/pudessem participar, negociando-se o dia da semana e o horário mais adequados para a maioria. Esse arranjo foi definido, também, como resultado de experiências anteriores no tocante a dificuldades enfrentadas pela comunidade imigrante para atividades em locais distantes de suas residências. Na maioria das vezes, eram barreiras para atividades em outros locais as longas jornadas de trabalho, a inexistência de folgas do trabalho e a escassez de recursos financeiros para arcar com o transporte público necessário para se dirigir ao local de atendimento.

Assim que a família aceitava o atendimento, os primeiros encontros serviam para a criação de um vínculo de confiança e para a realização, por meio do preenchimento de formulário, de um levantamento sobre o perfil socioeconômico, presença/ausência de documentação e sobre o conhecimento dos equipamentos da assistência social e da saúde, sobre sua utilização e, por fim, o entendimento dos familiares sobre a queixa apresentada.

O atendimento domiciliar se configurou bastante favorável para compreendermos o impasse vivido pela criança e como isso era manejado na família, visto que o seio familiar é, ele mesmo, um dos lugares privilegiados na vivência cotidiana dos seus integrantes com o laço social, do qual emerge a rede de afetos relacionados com papéis estabelecidos⁴. Com o desenrolar dos encontros semanais, tendo como pressuposto a escuta atenta por parte da psicóloga, e o fortalecimento do vínculo, foi possível conhecer melhor os integrantes da família, de

maneira singularizada. Isso nos oportunizou a análise de como as necessidades vividas impactavam no mundo subjetivo, desdobrando-se na movimentação dentro do laço social.

Pudemos constatar o quanto foram importantes esses momentos de atendimento domiciliar ou “contato do serviço”, que estimulam uma postura ativa do profissional, essa atitude de estar junto com os sujeitos, escutando-os e conhecendo de perto “seus problemas materiais e concretos” e a dinâmica familiar⁵. Essa forma de conduzir o trabalho nos permitiu conhecer as pessoas para além de seu sintoma, promovendo uma visão integral do sujeito e a construção da rede de cuidado centrada na pessoa. Foi possível enxergar claramente as pessoas dentro de uma conjuntura desafiadora, devido desde a falta de documentos de identificação e a precarização das condições de trabalho até a impossibilidade de acessar diversos serviços de saúde e da assistência social aos quais teriam direito, por desconhecerem ou pelo sentimento de não pertencimento ao território.

Exemplo disso foi um dos casos que acompanhamos, de uma família na qual a criança apresentava atrasos no desenvolvimento cognitivo. Os pais foram chamados à escola e orientados a procurarem ajuda profissional. Contudo, por residirem há pouco tempo no Brasil, não sabiam muito bem onde buscar ajuda para o encaminhamento dessa questão.

Essa família chega até a nós por indicação de uma das lideranças da comunidade imigrante. A psicóloga entra em contato com o responsável pela criança e, nos primeiros encontros, conhecemos a família e a sua configuração. Durante o atendimento, identificamos que apenas um dos responsáveis falava e compreendia bem a língua portuguesa, porém, sabia pouco como se locomover com o transporte público pela cidade de São Paulo.

Partindo dos contatos iniciais, foi possível identificarmos que a língua, o pouco conhecimento sobre o funcionamento do serviço de saúde e sobre o deslocamento do transporte público eram barreiras que essa família enfrentava para acessar o atendimento em saúde. Elaboramos, então, junto com eles, um plano de cuidado, com divisão das tarefas para darmos seguimento.

Enquanto os pais ficaram responsáveis de se organizarem para participarem do atendimento, a psicóloga ficou com a incumbência de localizar os serviços de saúde mental que trabalhassem com a interface da imigração. Paralelamente, foi identificado um mediador cultural que falasse a língua dos pais para intermediar o atendimento junto à equipe de saúde.

Acompanhamos a família ao ambulatório de saúde mental de psiquiatria social e cultural, identificado como adequado para a situação, para as consultas até eles se familiarizarem com o trajeto e com as orientações de como deveriam dar seguimento ao cuidado de saúde no território. Simultaneamente, a psicóloga do projeto entrava em contato com as equipes de referência da rede de atenção para o matriciamento do caso.

Acreditamos que essa forma de condução do cuidado, centrada no sujeito, oferece a passagem para a elaboração do impasse vivido, porque a pessoa assume o papel de protagonista e isso contribui para a possibilidade de novas significações, fortalecimento da autonomia e a ampliação do poder contratual e autonomia deste junto aos serviços de saúde.

A imigração e seus desafios no contexto da Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica sobre a experiência

Do ponto de vista do marco legal, as leis brasileiras garantem os direitos fundamentais dos imigrantes por meio de uma série de dispositivos legais que asseguram a proteção e a dignidade dessas pessoas. A Constituição Federal de 1988⁶, por exemplo, estabelece que todos são iguais perante a lei, independentemente de nacionalidade, e garante direitos como a vida, a liberdade, a segurança e a propriedade. Além disso, a Lei de Imigração (Lei nº 13.445/2017)⁷ é um marco importante, pois define os direitos dos imigrantes no Brasil,

incluindo o acesso à saúde, à educação, ao trabalho e à assistência social. Essa lei também prevê a proteção contra discriminação e a possibilidade de regularização da situação migratória, o que facilita a integração dos imigrantes na sociedade brasileira⁸⁻¹¹.

Contudo, construir um lugar de acolhida e pertencimento para imigrantes representa um desafio significativo, tanto para os próprios imigrantes quanto para o país de destino, conforme Knobloch (2015).¹² Isso ocorre porque essas pessoas carregam em si os atributos culturais, econômicos, raciais, políticos e religiosos que lhes conferem a marca da diferença, isto posto, o encontro com essa alteridade pode provocar reações variadas, desde atitudes solidárias de fraternidade até comportamentos xenófobos e de exclusão.

A discussão no âmbito da saúde mental, os vários encontros, desencontros, mal-entendidos e expectativas que os imigrantes vivenciam exigem formas de significar a experiência, sendo que, muitas vezes, a saída encontrada é pelo adoecimento psíquico que, não raro, fica restrito à nosografia psiquiátrica quanto às direções do tratamento¹².

Contudo, partindo do entendimento da trama que desenha o tecido social que (re)veste o corpo imigrante, cabe considerarmos, para além do binômio do normal e do patológico, como os aspectos políticos, sociais e culturais se articulam/compõem com a dimensão do sofrimento mental.

Para ampliarmos o entendimento dessa questão, indicada pela literatura especializada, optamos por interpretar essa condição de saúde mental em interface com a imigração, recorrendo aos pressupostos teóricos e práticas de cuidado desenvolvidos no âmbito do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que contrapõe o modelo territorial ao modelo manicomial até recentemente hegemônico.

Ao reconhecer a complexidade do tratamento do sofrimento psíquico fora dos muros do manicômio, foi necessário buscar novas formas e dispositivos alternativos aos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, o movimento da Reforma Psiquiátrica abre um campo rico para as práticas de diferentes abordagens no cuidado em saúde mental. As transformações operadas pelas práticas da Reforma Psiquiátrica vêm se sustentando no novo paradigma denominado Atenção Psicossocial¹³.

Ao colocarmos o trabalho com imigrantes sob a luz da Atenção Psicossocial, conseguimos acomodar outra análise, que viabiliza a inclusão da complexidade do atendimento a essa população, como a barreira idiomática, cultural e jurídica que, no primeiro momento, captura o sujeito imigrante como dissidente, marcado pelos atributos da diferença. Essa situação de vulnerabilidade que vivenciam os imigrantes, lhes impinge sensação de desajuste e a de ser responsável por se adequar ao país de destino, o que tem implicações subjetivas outras.

Levando em consideração a complexidade da situação vivida pelos imigrantes, encontramos na “locação existência-sofrimento”, um conceito pertinente para uma outra chave de leitura sobre o sofrimento psíquico, para além do entendimento deste como doença mental¹³. Ao adotarmos esse conceito, foi possível analisarmos por outro prisma os “sintomas” (baixo desempenho escolar, dificuldade na socialização) produzidos pelas crianças imigrantes, considerando-os como uma expressão de algo não elaborado na sua vivência, sob as influências sociopolíticas que compõem o impasse subjetivo.

Dessa forma, foi possível observarmos que as representações que o suposto sujeito dissidente assume se entrecruzam com as posições políticas e ideológicas dos governos dos países de destino. Essa forma de funcionamento não apenas reflete a condição histórica e cultural desses países, mas também configura como o encontro é percebido e vivenciado na recepção do imigrante dentro desse contexto social, evidenciando toda a complexidade que atravessa a produção de cuidado em saúde mental para esse público.

Advertidas pela forma como o imigrante é recebido dentro do laço social, e a recorrência da interpretação do sofrimento psíquico dessas pessoas de forma individualizada, conseguimos fazer um contraponto a isso. Dentro da atenção psicossocial, ao nos orientarmos pelo conceito de contratualidade, que se torna grande

aliado para a produção de saúde pautada nas relações coletivas, obtemos uma forma de propor um outro olhar na produção de saúde mental.

Nas palavras de Tykanori², a contratualidade pressupõe “o valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social”. Sendo assim, os sujeitos estabelecem o seu valor de troca de acordo com a legitimidade que lhe é atribuída pelo seu interlocutor.

Fazendo um paralelo a essa afirmação, podemos dizer que o “valor de troca no campo social” é um ponto em comum tanto para sujeitos advindos do processo de internação em hospital psiquiátrico, quanto para imigrantes, por terem pouco valor de troca reconhecido nos seus lugares de trânsito dentro do território onde vivem. Essa desvalia simbólica no campo das relações sociais, alija os sujeitos do exercício de sua cidadania, restringindo os seus locais de trânsito e limitando a sua rede socioafetiva. Dessa forma, para Tykanori², tanto os serviços quanto os seus trabalhadores deveriam propor dispositivos e ações que proporcionem o fortalecimento e a ampliação do valor de troca das pessoas atendidas, pois essas podem se beneficiar para além das terapêuticas específicas, ao terem ambientes e profissionais que fortaleçam sua condição de valor social e sua autonomia pessoal.

A ação da psicóloga de acompanhar a mãe aos outros pontos da rede de saúde mental tornava-se relevante, haja vista que as barreiras linguísticas e culturais, somadas ao desconhecimento do serviço, muitas vezes eram um dos principais obstáculos para essa mulher acessar os equipamentos de saúde mental. Ou seja, quando a nossa presença poderia fortalecer o sujeito, quando poderia auxiliá-lo na realização de ações concretas e produzir abertura para a sua mudança subjetiva, a profissional se fazia presente.

O estereótipo do imigrante como pessoa frágil do ponto de vista mental tem levado a interpretar *a priori* a instabilidade da vida do imigrante como potencialmente patológico, sem levar em conta o contexto, a história do sujeito e as condições sociais e políticas a que são submetidos no país de acolhimento¹².

Práticas de cuidado em saúde mental baseadas nos pressupostos da Atenção Psicossocial não adaptacionista, que considera o contexto e as condições sociais e políticas dos imigrantes, podem contribuir para a garantia do acesso aos seus direitos e para a sua plena inserção social, com possibilidades de estruturação da vida com dignidade, sem patologização da diferença, mas sem negar o sofrimento.

Referências

1. Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante – CDHIC. Eixos de atuação [internet]. [acesso em 12 mar 2025]. Disponível em: <<https://www.cdhic.org.br/eixosdeatuacao>>.
2. Tykanori RK. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação social no brasil. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 69-74.
3. Saraceno B. Reabilitação psicossocial uma passagem para o milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação social no brasil. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 19-40.
4. Pereira LFA. Atendimento psicossocial e direitos humanos: novos desafios para os cuidados com migrantes e refugiados. In: Silva IR, diretora. Livro das tendas [internet]. 2. ed. São Paulo: 2021-2023. p. 14-19. [acesso em 12 mar 2025]. Disponível em: chromeextension://efaidnbmnnpkajpcgiclfndmkaj/https://www.cdhic.org.br/_files/ugd/c00d30_2e21136c962d-4f4b93aadbe28ce9d4bc.pdf.
5. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizadora. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Editora Resenha; 1991. p.53-79.
6. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF); Senado Federal; 1988 [acesso em 13 mar 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

7. Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Imigração [internet]. [acesso em 14 abr 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990; Seção 1:018055.
9. Figueredo L O, Zanelatto J H. Legislação e políticas públicas voltadas à imigração no Brasil. Passagens. Rev. Inter. His. Polít e Cult. Jur [internet]. 2016 [acesso em 10 abr 2025];8(2):252-274. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337345746004>.
10. Guerra S. A nova lei de migração no Brasil: avanços e melhorias no campo dos direitos humanos. The new migration law in Brazil: progress and improvements in the field of human rights. Rev. Dir. Cid. [internet]. 2017 [acesso em 27 mar 2025];9(4):1717-3. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/rdc/article/view/28937>
11. Mendes A de A, Brasil DR. A Nova Lei de Migração Brasileira e sua Regulamentação da Concessão de Vistos aos Migrantes. Seq. Est. Jur. Pol. [internet]. 2020 [acesso em 27 mar 2025];41(84):64-88. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2020v43n84p64>
12. Knobloch F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. Rev. Psi. USP [internet] 2015 [acesso em 27 mar 2025] ;26(2):169–174. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/d9CsnfwGQkyrBWMcgFML4w/?lang=pt#top>.
13. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Coletiva. In: Amarante P, organizadora. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p.13-44.

ARTIGO

Assistir, proteger e cuidar de crianças e adolescentes pobres em liberdade no território

Assist, protect and care for poor children and adolescents living freely in the territory

Silvio José Benelli¹

Resumo

Discutimos os significados dos termos cuidar e assistir. Apresentamos e discutimos três casos diferentes e emblemáticos quanto às práticas de cuidado em Saúde na sua interface com práticas de Assistência Social ofertadas para crianças e adolescentes pobres que vivem em liberdade no território. Diferentes perspectivas teórico-técnicas, políticas e éticas subsidiam tais práticas na atualidade: as práticas de intervenção disciplinares normalizadoras e seu avesso, que seriam práticas intercessoras clínicas. A ética que orienta tais práticas é o critério fundamental que as distinguem.

Palavras-chave: Atenção Integral à saúde da criança e adolescente. Assistência Social. Direitos humanos.

Abstract

We discuss the meanings of the terms care and assist. We present and discuss three different and emblematic cases regarding health care practices in their interface with social assistance practices offered to poor children and adolescents living freely in the territory. Different theoretical-technical, political and ethical perspectives support such practices today: normalizing disciplinary intervention practices and their opposite, which would be clinical intercessory practices. The ethics that guide such practices are the fundamental criterion that distinguishes them.

Keywords: Comprehensive health care for children and adolescents. Social assistance. Human rights..

Introdução

Os termos “práticas de atenção assistencial em liberdade” podem remeter inicialmente à área da Saúde, como, por exemplo, à linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias que vivenciam situações de violências¹. Ou então ressoa às medidas socioeducativas que podem ser aplicadas para adolescentes que cometeram ato infracional^{2,3}. O termo “cuidado” se tornou um significante muito importante, que definiria e expressaria uma modalidade de atenção em Saúde, falando-se em “profissões do cuidado”, incluindo a psicologia como parte da área da Saúde.

¹ Silvio José Benelli (silvio.benelli@unesp.br) é psicólogo, doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de São Paulo (USP). Livre Docente em Psicologia Clínica pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do curso de graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unesp, Faculdade de Ciências e Letras, Assis (SP), linha de pesquisa Políticas Públicas e Produção de Subjetividades: processos clínicos e institucionais. Coordenador do Laboratório transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade em Saúde (LATIPPSS), inscrito no CNPq.

O termo “assistência” também possui diversos sentidos. Assistir é oferecer assistência, é fazer-se cargo de uma demanda, fazer-se presente e ver, olhar para a situação ou problema, “assistir” enquanto mirada, procurando oferecer respostas que podem incluir um conjunto de ações e de práticas, tais como: ajudar e proteger, cuidar e educar, formar e desenvolver, socializar e ressocializar, inserir e reinserir, capacitar e habilitar, dentre outras. Por hipótese, olhar e ver, assistir e proteger, educar e cuidar ainda remetem ao poder disciplinar que vigia e pune, trata e cura, educa e cuida, tal como proposto por Foucault⁴. Seria possível um tipo de assistência ou de atenção que não fosse disciplinar e tuteladora?

Há formas de cuidar que possuem sentidos variados: há cuidados que são tuteladores, repressivos, infantilizantes e controladores, inviabilizando o sujeito, sua cidadania e seu desejo. Há cuidados que seriam humanistas, humanizados, dialogantes, personalizados, focalizados na pessoa, no cliente. Há cuidados que seriam baseados na compaixão, na relação emocional empática, na solidariedade com aquele que sofre. Há cuidados que seriam dialéticos, críticos, emancipadores, politizados, baseados na pedagogia da Educação Popular, promotores da transformação social que interessa para as classes populares. Há formas de manejo do cuidado nas quais se procura interceder junto ao sujeito do sofrimento para que ele possa se reposicionar como aquele que pode “cuidar-se” e “curar-se”, situando-se ativamente em relação aos impasses que o atravessam, tais como são as injunções da realidade e quanto aos impasses subjetivos que ele próprio atravessa⁵.

Os fenômenos da psicologização, da patologização, da psicopatologização e da pedagogia terapêutica em meio aberto

Vejamos um exemplo sobre as novas práticas médicas que operam a partir da estratégia do cuidado em liberdade no espaço territorial. Chiaverini⁶, numa cartilha sobre matriciamento em Saúde Mental, ao elencar os problemas comuns da saúde mental na Atenção Primária, quando aborda o que denomina de problemas da infância e da adolescência, afirma que “a criança é um indivíduo em formação e o meio ambiente é fundamental para ela ter uma boa qualidade na sua vida futura, complementando sua genética e sua vida intrauterina” (p. 142). Considera que:

Muitos são os transtornos na infância e adolescência e devemos estar atentos às etapas evolutivas da criança e do adolescente. Dessa forma, não corremos o risco de transformar em patológico algo que é normal para aquela faixa etária, como, por exemplo, agressividade na adolescência ou enurese noturna e agitação numa criança de 4 anos.⁶

Apesar de sua ressalva evolutiva, é possível notar a hegemonia da perspectiva organicista e desenvolvimentista, típica do discurso médico mais comum, sobre o tema da saúde. Isso se verifica pelo emprego do termo “transtorno”, de tonalidade psiquiátrica que pretende ser neutro e genérico. Transtorno é um substantivo masculino que significa o ato ou efeito de transtornar, sendo também sinônimo de alteração, contratempo, contrariedade e prejuízo. Os termos transtorno, distúrbio e doença combinam-se aos termos mental, psíquico e psiquiátrico para descrever qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental. Um transtorno é algo que foge ao padrão de normalidade estabelecido, tanto no plano moral, quanto social e também da saúde física, conforme a classificação:

Os transtornos mais comuns na infância e adolescência incluem: transtornos de conduta; transtorno depressivo; transtorno de ansiedade; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; transtorno

*global de desenvolvimento; violência e transtorno de estresse pós-traumático; transtornos alimentares; retardo mental; transtornos de aprendizagem; transtorno por uso de substâncias psicoativas; comportamento suicida.*⁶

Chiaverini⁶ adota efetivamente o discurso e a lógica médica e psiquiátrica. Quanto ao tratamento, a primeira resposta apresentada é medicamentosa:

*A maioria desses transtornos, tais como depressão, ansiedade, comportamento suicida, transtornos alimentares e transtorno de estresse pós-traumático, pode apresentar clínica semelhante à dos adultos. Dessa forma, quando pensamos no tratamento, devemos saber que: os psicofármacos em muito se assemelham aos usados com adultos; a abordagem psicológica no matriciamento deve incluir uma abordagem familiar, além da possibilidade de encaminhamento para um grupo na comunidade e/ou atendimento e/ou psicoterapia no nível secundário.*⁶

O caso de Jonatas é exemplar quanto à moralização, patologização, medicamentação e psicologização de uma situação social complexa, que inclui a pobreza e que foi localizada no território. Sua simplificação pela lógica médica permite seu encaminhamento prático e efetivo:

*Uma Agente Comunitária de Saúde passou a observar e começou a ficar preocupada com Jonatas, 11 anos, que está apresentando uma alteração de comportamento, não compatível com as exigências sociais e legais. Ele comete pequenos furtos, tornando difícil o convívio coletivo e correndo risco de vida, já que vive numa comunidade onde existe grande interferência do narcotráfico. A mãe está muito preocupada, pois desde que o pai morreu, há três anos, e também pelo fato de ela trabalhar o dia todo, o filho fica sozinho em casa. Ao comentar com a enfermeira, esta solicitou um matriciamento para melhor avaliar a situação. Transtorno de conduta foi a conclusão no matriciamento realizado pela equipe do ESF com a psicóloga e o psiquiatra na presença do menor e de sua mãe. Na interconsulta, a mãe estava muito preocupada, porém Jonatas estava cínico, demonstrando pouco caso, sem culpa pelas suas ações. Conversaram sobre a falta de limites, muito importante para a prevenção desse transtorno, e de como o menor não costuma ter crítica de seus atos, não sente culpa. Foram pontuados diagnósticos diferenciais com manifestações encontradas em etapas do desenvolvimento específicas: teimosia e desobediência no pré-escolar, rebeldia na adolescência. No projeto terapêutico foi proposto incluí-lo em grupos de crianças e adolescentes ou em outros grupos já existentes na ESF, na tentativa de criar vínculos. Deveriam procurar grupos para essa faixa etária nos recursos da comunidade, reintegrá-lo na escola. Após a interconsulta, o psiquiatra pontuou os psicofármacos que poderiam ser usados – neste caso, estabilizadores de humor, antidepressivos, antipsicóticos.*⁶

Não há nenhuma menção sobre os marcadores de classe e raça no relato sobre Jonatas e sua família, lacuna importante. Por hipótese, Jonatas e a mãe seriam negros e pobres, moradores de um bairro periférico, tomado pelo tráfico. Nada se diz sobre a causa da morte do pai, mas ele poderia ter morrido vítima da violência local. Trata-se de um processo de invisibilização descontextualizadora e eloquente.

A Agente Comunitária de Saúde poderia ser substituída por uma professora, por um conselheiro tutelar, por uma assistente social, psicóloga ou trabalhadora social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os procedimentos e encaminhamentos

poderiam permanecer praticamente os mesmos, numa interface medicalizadora entre Saúde e Assistência Social que Oliveira e cols⁷ denominaram de circuitos socioassistenciais-sanitários.

O que nos parece interessante nesse relato é que ele exemplifica uma das possibilidades atuais das práticas de cuidado em saúde em liberdade no território, por meio dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tornou-se possível dispensar completamente a reclusão e a internação de uma criança como forma de promover seu tratamento: ela pode permanecer em liberdade e ser medicada, inserida em grupos diversos na área da Saúde, da Educação ou da Assistência Social, tanto no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) executado pelo CRAS quanto por uma entidade assistencial privada⁸⁻¹⁰ e, assim, ser devidamente supervisionada, acompanhada e orientada, de modo a desenvolver comportamentos supostamente normais e adaptados.

Apresentaremos a seguir um exemplo de um caso de atendimento psicoterapêutico encontrado na bibliografia que consideramos orientado pelo que caracterizamos como clínica do olhar enquanto prática de cuidado. Trata-se de um caso intitulado “Transtorno de oposição desafiante: perspectiva da Gestalt”, sobre “problemas de comportamento” de um menino negro e pobre. Apesar da denominação Gestalt, a autora do caso clínico utiliza o DSM-V para formular o diagnóstico:

“Petrios Henrique (nome fictício), 09 anos, gênero masculino, negro, classe social baixa, residente na capital de Fortaleza, estudante do 1º ano do ensino fundamental, chegou para atendimento psicológico acompanhado de sua mãe, encaminhado pela escola em que estuda. A principal queixa apresentada pela mãe da criança foi de um comportamento desobediente, agressivo, hostil, surtos de raiva, resistência para executar tarefas escolares, culpabilização do outro pelos seus erros além de não ter controle sobre suas emoções. O paciente traz como demanda um quadro de transtorno de oposição desafiante (TOD), pois os comportamentos de raiva, oposição e agressão são constantes e excessivos já que não se limita a um único ambiente e se manifesta em diferentes espaços como escola e a casa dos amigos e família. A mãe do paciente relata que desde os seis anos de idade Petrios Henrique tem este comportamento, porém percebe que depois que o menino soube que seu pai havia sido preso, as explosões de raiva se tornaram mais recorrentes, com impulsividade, conduta rancorosa e vingativa. O que causa para a mãe dificuldade em dar limites à criança.

Petrios Henrique, natural de Fortaleza, vive em uma periferia da cidade, tem uma irmã caçula de cinco anos, mora com seus pais, porém, atualmente seu pai está preso por ter cometido um assalto e feito refém os clientes de uma clínica médica. Estuda em uma escola pública do seu bairro. Sua casa é localizada em uma região próxima à escola e acima da casa dos avós maternos, perto da casa da tia materna e de seus primos que são da mesma idade que ele.

O paciente diz que gosta de brincar com seus primos e amigos, não gosta da polícia, e que sua mãe o colocou para fazer aulas de música mas o professor quer ensiná-lo a tocar flauta, porém ele entrou na aula para tocar bateria e não vai tocar nenhum outro instrumento além desse. Petrios Henrique diz que gosta muito de seus avós maternos, mas ao perguntar sobre seu relacionamento com eles começa a brincar, rir e não responde.

O primeiro atendimento ocorre entre a mãe e a psicóloga, nesta consulta a responsável pela criança admite que durante a gravidez utilizou vários tipos de drogas, não planejou ter o bebê, sempre teve um relacionamento conturbado com o marido. Afirma que a criança já presenciou cenas de briga entre

os pais várias vezes. A criança diz que sua mãe sempre sai e ele passa o dia em casa apenas com a irmã, já tentou colocar fogo na casa, pois fica muito irritado quando é deixado em casa trancado, apenas com a irmã ou sozinho.

Hipótese diagnóstica

Nos primeiros atendimentos o paciente estava disperso, mostrando interesse apenas em conhecer e explorar o espaço. Chegava ao Setting terapêutico sempre muito agitado, tentava desestabilizar o ambiente e a psicoterapeuta através de atitudes provocadoras e questionamentos congruentes com sua própria opinião.

A criança apresenta um transtorno de oposição desafiante com grau grave pois já ocorre há mais de seis meses, tanto no ambiente escolar quanto familiar. É frequente o padrão de humor raivoso/irritável além do comportamento questionador e índole vingativa. Este comportamento ficou perceptível no momento em que são sugeridas as brincadeiras e o paciente questiona e desafia as regras tentando se beneficiar, já a índole vingativa fica explícita durante as consultas no momento em que o cliente diz que quebra objetos ou agride a irmã, pois não gosta quando fica sozinho em casa, sempre questiona seus pais e professores quanto às regras a seguir na escola ou em casa, se mostra sensível ou incomodado em uma brincadeira com amigos e primos.

No início do processo terapêutico Petrios Henrique mostrou dificuldade para lidar com as regras e com a frustração da perda, através de mentiras e de um comportamento verbal agressivo tentava burlar o resultado dos jogos e brincadeiras. Era muito difícil para ele ceder, perder e admitir que estava errado em alguma situação.

Foi possível perceber que a conduta agressiva e desafiadora que o cliente apresentava está relacionada ao ambiente e sistema familiar que ele faz parte. Por isso foi importante fazê-lo perceber o quanto as suas atitudes prejudicavam-no, para que a partir disso tivesse interesse em mudar seu comportamento.

Por se tratar de um atendimento infantil a psicoterapia ocorrerá de forma mais lúdica e durante as brincadeiras o cliente será submetido a reflexões e a um ajustamento criativo mais saudável, tornando sua convivência com os amigos e família mais prazeroso e divertido”.¹¹

Um psicólogo disciplinar pode atuar num estabelecimento institucional de Saúde, de Educação de Assistência Social ou num consultório privado e, dada sua formação profissional eclética, ele pauta seu trabalho com base em conhecimentos que adquiriu no seu curso de graduação sobre a Psicologia Clínica, conhecendo teorias sobre o modo de funcionamento psicológico humano, tais como: Psicologia da Personalidade, teorias da identidade, teorias psicológicas da consciência, teorias sistêmicas, teorias humanistas e comportamentais, teorias da dinâmica de grupos, teorias derivadas de diversas modalidades de psicanálise, como, por exemplo, a “Psicologia do Ego” norte-americana e a psicanálise do ego.

Sabendo disso ou não, para esse psicólogo, intervir significaria aplicar técnicas pedagógicas que produzem efeitos terapêuticos. Trata-se de pedagogizar os conhecimentos *psi* e de terapeutizar as práticas pedagógicas.

O que ele faz pode ser considerado como uma ampliação da clínica, numa direção pedagógica e terapêutica. Como ele pensa que o conhecimento científico já produziu a Pedagogia e a Psicologia, se trata, portanto, apenas de sua aplicação prática. O que interessa nessa modalidade de intervenção é produzir efeitos “transformadores” ou, em outras palavras, “modificadores” dos comportamentos das pessoas, provavelmente na direção de parâmetros sociais e ideais estabelecidos pela classe dominante como sendo normais e adequados, de modo técnico, prático e efetivo.

O terceiro caso que apresentamos pode ser considerado como um exemplo pertinente de intercessão clínica institucional, que pretende superar tanto a medicalização quanto a psicologização das dificuldades sociais enfrentadas por um adolescente pobre que foi abrigado. Périco¹² o nomeou como “Caso Robson, ‘entre a neurose e o embrutecimento’”.

“Foi uma experiência de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Devido à constatação de que a Casa de Acolhimento de Crianças e Adolescentes estava encaminhando sistematicamente todos os seus acolhidos (procedimento que passava pelo discernimento do psicólogo do Estabelecimento), decidimos convidar a equipe para uma reunião, com o pretexto de que queríamos discutir os casos recentemente encaminhados. Com esse “pretexto” tínhamos a intenção de instalar um analisador construído. Após uma primeira reunião com a equipe técnica, a fim de darmos seguimento a esse assunto, dispomo-nos a ir até o Estabelecimento para participar de algumas reuniões junto com os trabalhadores “cuidadores”. Em um desses encontros, surge o assunto sobre Robson, um adolescente que estava tendo muitos acessos de heteroagressividade, dentro e fora da Casa de Acolhimento. Aos poucos, com muito cuidado, conseguimos discutir sobre a forma como este rapaz era tratado no local, sobretudo pelos “cuidadores” que mais tempo passavam com os acolhidos. A partir de nossas perguntas, eles próprios foram concluindo que estavam, como diz uma cuidadora, “exigindo demais do garoto”. Reconheceram que, muito insistentemente, estavam cobrando do jovem que abaixasse a tampa da privada, que arrumasse a cama e que comesse de garfo e faca, do que ele sempre se esquecia ou fazia incorretamente. Segundo uma cuidadora, em um dos seus rompantes de raiva, após lhe chamarem a atenção, ele grita à mesa: “eu não sou como vocês, sou pobre, eu como com a mão!”. Nesse instante da reunião, a Assistente Social nos informa que, desde que nasceu, ele morava em uma casa que sequer tinha banheiro. Quanto ao garfo e faca, bastou destacarmos uma informação já mencionada naquela reunião: que se tratava de uma família que na maioria das vezes não tinha o que comer. Ora, como poderia esse jovem, sobretudo em um momento tão crítico relacionado a rupturas importantes de seus vínculos familiares, que até então viveu em um contexto específico, incorporar hábitos tão distantes da sua realidade sociossimbólica? E não seria esse um dos tipos dos casos aos quais Freud (1919/2010a, p. 291) se refere dizendo que, dada uma vida de muitas privações, se não forem analisados, “só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento”? Esse adolescente foi por nós recebido e tratado em um grupo psicoterapêutico, do qual pode se beneficiar bastante. No entanto, avaliamos que a sua melhora não ocorreu sem as mudanças na forma como era tratado no Estabelecimento onde “residia”, incluindo um importante trabalho interprofissional, entre outros, com o educador físico responsável por treinar um time de futebol, numa atividade oferecida pela Secretaria de Esportes do município. Outro efeito colhido foi a diminuição do número de encaminhamentos feitos pela Casa de Acolhimento. O nosso trabalho de intercessão junto à demanda dos sujeitos e junto às encomendas de outros Estabelecimentos nunca é fácil. No caso citado, tivemos muitas dificuldades com o psicólogo do local que, inclusive, tentou

várias vezes boicotar as reuniões. Estas somente ocorreram por insistência da Assistente Social do Estabelecimento, com quem já tínhamos um bom contato e uma boa sintonia paradigmática constatada e potencializada nas Reuniões de Rede do município. Por fim, nosso trabalho realizou-se à revelia das ações do psicólogo da Casa de Acolhimento, que não só não trabalhava essas problemáticas junto aos “cuidadores”, como corroborava a forma disciplinar de tratar os sujeitos acolhidos, uma forma de trabalhar que, portanto, só fazia repetir as mesmas relações disciplinares socialmente dominantes”.

A perspectiva ética que presidiu a intercessão realizada quanto ao caso Robson revela-se como avessa às que orientaram as práticas apresentadas nos casos anteriores. Entendemos que, quando se pretende promover um equacionamento dos impasses, tanto dos subjetivos – pois os impasses psíquicos das formações subjetivas exigem trabalho psíquico para seu equacionamento – quanto dos impasses denominados “sociais”, no plano das formações sociais, é preciso realizar uma suspensão dos saberes enciclopédicos, pedagógicos e tuteladores-cuidadores, passando a localizar-se no discurso da histeria (DH) ou do analista (DA), enquanto modalidades discursivas que visam à ética da singularização desejante.

A psicanálise do campo de Freud e Lacan concebe um “objeto” que é, sobretudo, um sujeito que se constitui e se produz, tanto no plano do desejo quanto do carecimento. Portanto, a partir de uma exigência de coerência ética e de rigor conceitual, os “meios” de trabalho precisam estar à altura das demandas de subjetivação do sujeito, que inclui o indivíduo e sua realidade psíquica/social.

Nesse caso, o psicólogo já recebe “escutando” e não respondendo com a oferta de objetos ou de explicações, nem despachando e encaminhando em seguida. Como na perspectiva psicanalítica não há separação entre diagnóstico e tratamento, a recepção já inclui uma escuta específica, partindo da exigência de superação radical do princípio objetualizador que se expressa no processo de atendimento típico queixa-solução/suprimento.

Um psicólogo, na perspectiva das práticas de intercessão clínica institucional, busca tanto produzir transformações sociais quanto produzir saberes, por meio de procedimentos diversos e em tempos diferentes, levando em conta alguns questionamentos radicais quanto à relação sujeito-objeto, teoria-prática, saber-fazer, pensar-poder, não pensar – não poder. Na perspectiva intercessora, o essencial é fazer a crítica da divisão social do trabalho no Modo de Produção Capitalista, que também se manifesta nas cisões clássicas: ciência-implementação, pensar-fazer e teoria-prática, pesquisa/aplicação.

Podemos considerar que um psicólogo tradicional pode desenvolver práticas clínicas, psicossociais, de intervenção, de viés intromissor que teriam como objetivos um cuidado tutelador e controlador do outro, que é tratado como objeto de intervenção. Mas, caso se posicione de modo avisado e prevenido, também poderia visar operar práticas de *intercessão* junto ao sujeito, cidadão e sujeito de desejo, visando promover o *cuidar-se*. É a condição essencial de sujeito do outro que consiste na pauta ética que norteia as práticas de intercessão.

Quando o outro é tomado como objeto de conhecimento, há diversos meios de trabalho baseados na intervenção, de caráter cuidador mais ou menos assistencialista, pedagógico ou terapêutico, mas cuja função consiste na reprodução das relações de opressão, dominação e subordinação hegemônicas. Trata-se do plano do Discurso do Mestre, da Universidade e também do Capitalista¹³, que subsidiam as práticas de atenção disciplinares-pedagógicas-terapêuticas-assistencialistas-cuidadoras-normalizadoras. Como superar esses impasses?

Por outro lado, quando incluímos a análise política de instituições, a Análise Institucional e uma teoria da constituição da subjetividade específica do campo de Freud e Lacan, isso nos permite operar com o conceito de sujeito e considerar a subjetividade nas suas dimensões inseparáveis: o plano social e o psíquico, que não possuem solução de continuidade: não há o indivíduo e o social, há uma única realidade, que é social e

subjetiva, subjetiva e social ao mesmo tempo. Se o ser humano é considerado enquanto sujeito, ele não pode ser coisificado, objetificado, ele deve ser tratado a partir da sua singular condição de ser desejante, construtor e autor imprescindível do seu próprio percurso.

Tais práticas de intercessão seriam norteadas por uma ética que possibilitaria aos sujeitos se reposicionarem, a partir do tratamento do Real angustiante pelas ferramentas do Simbólico, nas conflitivas que atravessam e que os atravessam, promovendo tanto a implicação subjetiva quanto a sociocultural^{14,15}.

É a complexidade da realidade mesma que exige uma abordagem multirreferencial, também complexa, visando ao equacionamento dos problemas enfrentados.

Quais são as práticas desenvolvidas pelo trabalhador intercessor? Esse psicólogo psicossocial privilegia a expressão própria do sujeito, escutando sua palavra e sua história; instaura no cotidiano do estabelecimento institucional onde atua, tanto com a equipe de trabalhadores quanto com os sujeitos que buscam por atendimentos atividades que convoquem e impliquem o sujeito.

Ele organiza grupos de trabalho e de estudo para formação dos trabalhadores, subsidiando e formalizando a *práxis*; a formação continuada por parte dos vários trabalhadores da Assistência Social pode possibilitar a intensificação de movimentos institucionais, buscando superar a inércia do instituído; cria condições para que a palavra circule no estabelecimento institucional assistencial onde atuam os psicólogos e os demais trabalhadores, valorizando o plano da linguagem e operando no plano da escuta e da fala, considerando com seriedade o plano da realidade psíquica.

Também busca contribuir para que a organização institucional seja baseada na liberdade, na circulação da palavra, em práticas democráticas e participativas que têm como horizonte ético-político a autogestão e a autoanálise, o que poderia viabilizar processos psicossociais subjetivos e também socioculturais transformadores.

Conclusão

Na perspectiva intercessora, não é aceitável que as práticas dos atores sociais promovam formas de subjetividade alienada, adaptada, serializada, pois esse é um aspecto fundamental que uma ética radicalmente cidadã deve questionar e buscar superar.

Um conjunto de conhecimentos permitiria que um psicólogo psicossocial pudesse se orientar eticamente no seu trabalho, no sentido de promover a singularização subjetiva e sociocultural. Desse modo, poderia realizar práticas de intercessão diversas, nas quais:

- consideraria o plano institucional como mediação essencial para a promoção de possibilidades de equacionamento dos problemas, dos impasses e das demandas, com base nos autores da Análise Institucional.
- acolheria atendendo e escutando, atento e precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan com relação aos processos de constituição subjetiva, suas modalidades estruturais, suas sobremodalizações quanto aos tipos clínicos, bem como os diferentes impasses que envolvem as várias inflexões na subjetividade e no sofrimento psíquico na atualidade;
- adotaria uma perspectiva politizada e avisada pelo Materialismo Histórico na consideração dos processos históricos de produção das desigualdades que se expressam na luta de classes;
- incluiria os marcadores de gênero e étnicos que se imbricam com os de classe para uma abordagem complexa da produção das desigualdades no contemporâneo, a partir do plano das relações de poder disciplinar e de controle dispersos pelo tecido social e suas modalidades de produção de subjetividade, tal como caracterizados pela Filosofia da Diferença.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília (DF); 2010.
2. Ministério da Justiça (BR), Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Brasília (DF); 2006.
3. Ministério da Justiça (BR), Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Socioeducativo. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Lei nº 12.594/2012. Brasília (DF); 2012.
4. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1999.
5. Benelli SJ. Psicologia e assistência social: interfaces políticas, clínicas e éticas. Curitiba: CRV; 2020.
6. Chiaverini DH, organizador. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF); Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
7. Oliveira A, Vicentin MCG, Massari MG. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. Rev. Polis e Psique. 2018;8 (3):225-245.
8. Benelli SJ. Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional. Rio de Janeiro: Vozes; 2014.
9. Benelli SJ. O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes: perspectivas contemporâneas [internet]. São Paulo: Unesp; 2016 [acesso em 20 abr 2025]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/yzs9w/pdf/benelli-9788568334751.pdf>
10. Benelli SJ. Entidades assistenciais para crianças e adolescentes no município: impasses institucionais e possibilidades [internet]. São Paulo: Unesp; 2022 [acesso em 18 abr 2025]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kpj32>
11. Santos JS. Transtorno de oposição desafiante: numa perspectiva da Gestalt. In: Andrade ACT, Ferreira JL, organizadores. Casos clínicos em psicologia. Salvador: Sanar; 2019. p. 201-203.
12. Périco W. Ensaio sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021.
13. Lacan J. O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 2007.
14. Costa-Rosa, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante PDC, organizador. Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
15. Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp; 2013.

ARTIGO

Interface entre Medidas de Segurança e o Cuidado na Rede de Atenção Psicossocial

Interface between Security Measures and Care in the Psychosocial Care Network

Bruno Bauer Saracino^I, Mônica Martins de Oliveira Viana^{II}

Resumo

Este artigo visa comunicar e analisar os desdobramentos, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ancorada na Resolução Nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, na modalidade de estudo de caso, com produção de dados mediante análise de prontuários e outros documentos anexados, além de entrevistas semiestruturadas. Buscamos analisar, a partir de prontuários de usuários em medida de segurança e inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial, as estratégias de cuidado voltadas a estes casos. Analisamos, também, as principais normativas derivadas da Resolução do CNJ. Por fim, foram analisadas entrevistas com dois gestores da RAPS do município que foi campo deste estudo. A análise do material produzido demonstra a necessidade da orientação ao cuidado aos inimputáveis na RAPS, a partir do paradigma da Atenção Psicossocial. A análise também aponta os Serviços Residenciais Terapêuticos como uma das principais questões para os gestores e municípios na execução da Política Antimanicomial proposta pelo Poder Judiciário. É relevante que a Saúde se aproprie do tema em questão, com seu arcabouço teórico e prático, e enquanto instância que, em última análise, será a executora dessa proposta.

Palavras-chave: Medidas de Segurança. Saúde Mental. Judicialização da Saúde.

Abstract

This article aims to communicate and analyze the developments, in the Psychosocial Care Network, of the Judiciary's Anti-Asylum Policy, anchored in Resolution No. 487/2023 of the National Council of Justice. This is a qualitative study, in the form of a case study, with data production through analysis of medical records and other attached documents, in addition to semi-structured interviews. We seek to analyze, based on medical records of users undergoing security measures (criminal non-imputability) and inserted in Psychosocial Care Centers, the care strategies aimed at these cases. We also analyzed the main regulations derived from the CNJ Resolution. Finally, interviews were analyzed with two RAPS managers from the municipality that was the field of this study. The analysis of the material produced demonstrates the need for guidance on the care of people with criminal non-imputability status in RAPS, based on the Psychosocial Care paradigm. The analysis also points to Therapeutic Residential Services as one of the main issues for managers and municipalities in

^I Bruno Bauer Saracino (bauerbbs@gmail.com) é psicólogo, mestrando em Saúde Coletiva no Programa de Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

^{II} Mônica Martins de Oliveira Viana (monica.viana@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, pesquisadora e docente do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

implementing the Anti-Asylum Policy proposed by the Judiciary. It is important that Health takes ownership of the topic in question, with its theoretical and practical framework, and as the body that, ultimately, will be the executor of this proposal.

Keywords: Security Measures. Mental Health. Health's Judicialization.

Introdução

A questão da imputabilidade penal e as medidas de segurança, sobretudo em sua interface com o cuidado em saúde mental, configuram um campo de disputa. Esse confronto de discursos se desdobra no campo acadêmico, legislativo e das práticas em saúde.

No campo jurídico, engloba diferentes interpretações e a observância e consideração, ou não, da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216/2011¹. Discute-se se a citada lei deve ser observada nos casos de pessoas em sofrimento psíquico e em confronto com a lei. Há teses jurídicas que defendem, ainda, a inconstitucionalidade das medidas de segurança, conforme previstas pelo ordenamento jurídico brasileiro².

O tema já foi objeto de posicionamento de entidades do Poder Judiciário, especialmente do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Ministério Público, dentre outros representantes. O Conselho Nacional de Justiça, publicou a Resolução N° 113³ de 2010, a Recomendação N° 35 de 2011⁴ e, finalmente, em 2023, a Resolução N° 487⁵.

A Resolução N° 487 do CNJ, ratifica a compreensão deste Conselho, direcionando as decisões judiciais em território nacional quanto à necessidade da observância da Lei 10.216/2011 no caso das pessoas em sofrimento mental e em conflito com a lei. A citada lei não versa especificamente sobre esse tema, bem como não o fazem as portarias, políticas nacionais de saúde mental e outros dispositivos que regulam essa questão. Havia, portanto, uma profunda separação entre as pessoas com transtorno mental que não cometeram crimes, que se encontram amparadas em seus direitos e formas de assistência sob a égide do Sistema Único de Saúde (SUS); e aquelas pessoas com transtorno mental que incorreram em atos infracionais ou criminosos (inimputáveis). A essas, foram destinados os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), Casas de Custódia e Alas Psiquiátricas prisionais, serviços que são geralmente administrados pelas Secretarias de Administração Penitenciárias ou similares nas unidades federativas, e não pela saúde.

Os inimputáveis encontram-se, portanto, absolvidos, mas destinados a realizar seus tratamentos sem prazo pré-determinado, com base no conceito da manutenção da periculosidade¹. Há, na literatura, estudos que denunciam as condições severamente precárias dos internos nesses espaços, bem como a falência dos Hospitais de Custódia enquanto projeto de cuidado em saúde mental^{6,7}.

A Resolução CNJ N° 487/23 também prevê que as unidades federativas devam, internamente, e a partir de suas particularidades, organizar a desinstitucionalização dos internos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Prevê, ainda, que os estados estabeleçam as Equipes Conectoras em suas Secretarias de Saúde, que teriam o papel de permanente articulação com o Poder Judiciário no acompanhamento dos pacientes da RAPS que estejam sujeitos às Medidas de Segurança.

Em termos práticos, os últimos direcionamentos dados pelo Poder Judiciário operacionalizam a Lei 10.216/2011 também no âmbito criminal, colocando a questão das pessoas em sofrimento mental e em conflito com a lei no âmbito do SUS e da saúde pública. Prevê que os HCTPs deixem de receber novas internações, prevê a desinstitucionalização dos internos, e uma série de mecanismos e dispositivos, desde o julgamento até o cumprimento da medida de segurança, que deverá, agora, ser realizado em liberdade, nos serviços de saúde mental territoriais.

Nesse sentido, o cenário atual coloca a questão da inimputabilidade penal e das medidas de segurança, de forma inequívoca, no seio da saúde, mais especificamente na Rede de Atenção Psicossocial, e seus

equipamentos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), recolocando questões sobre o cuidado a ser oferecido a essa população, agora sob novos parâmetros, orientados pelos preceitos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

Em outras palavras, a transferência da responsabilidade do cuidado a esses casos, das Secretarias de Administração Penitenciárias para o SUS e a RAPS, vai demandar, da Saúde, uma apropriação do tema em questão, nos mais diversos âmbitos: acadêmicos, de produção de saber, assistencial, de articulação interseccional, e outros.

Para orientar esse processo, a Resolução Nº 487 do CNJ explica que o poder Judiciário deverá se colocar enquanto instância parceira no acompanhamento e monitoramento dos casos, e não apenas delegar esses casos à Saúde. Isso demandará maior articulação entre as áreas, e marca um estímulo importante para a conciliação de questões históricas de afastamento entre elas.

Para os usuários, espera-se que sua inserção nos serviços do SUS possa inaugurar outra forma de cuidado, diferente daquela a qual até então estavam submetidos, e mais próxima das dimensões da integralidade e da reabilitação psicossocial, como descrito em experiências como a do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), realizada no Estado de Goiás⁸. O programa teve como principais resultados o mérito de ajudar a afastar as fantasias mais nefastas que o tema suscita na população geral e em parte dos profissionais da saúde, e obteve importante sucesso na reabilitação dessas pessoas, com baixa taxa de reincidência em atos infracionais ou criminosos. O mesmo é esperado para as ações da RAPS junto a essa população.

A realidade do estado de São Paulo e seus municípios apresenta particularidades que sustentam a relevância de sua eleição para o presente estudo de caso. O estado de São Paulo concentra a maior população carcerária do Brasil, representando 30% do total de pessoas encarceradas no País, que soma mais de 663 mil pessoas⁹. No caso dos internos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o estado de São Paulo também apresenta o maior número de pessoas reclusas em estabelecimentos dessa natureza. Atualmente, temos no estado de São Paulo 993 internos nas três unidades de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico administrados por essa unidade federativa¹⁰.

O presente artigo visa analisar de que forma esses casos de pessoas em medida de segurança têm acessado a RAPS e quais estratégias de cuidado são desenvolvidas, segundo gestores da RAPS.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na modalidade de estudo de caso. Essa opção se deu por sua possibilidade de acessar as relações, crenças, percepções e opiniões dos atores envolvidos, nos permitindo não extirpar as questões simbólicas, históricas e sociais do tema estudado¹¹. Além disso, consideramos que tal metodologia de pesquisa contempla o compromisso ético-político de um saber construído de modo dialógico, em que os dados não se encontram prontos, a serem coletados, mas exigem uma construção relacional entre o pesquisador e os atores da pesquisa¹².

Como campo do estudo, elegemos um município do interior de São Paulo. Esse município foi eleito por seu histórico protagonismo na Reforma Psiquiátrica brasileira, e experiência prévia dos pesquisadores na RAPS deste mesmo município.

O município em questão tem a RAPS bem estabelecida, com seis CAPS III Adultos, com oito leitos cada; quatro CAPS III Álcool e Drogas, também com oito leitos cada; quatro CAPS II IJ, que não dispõem de leitos. Dispõe, ainda, de dez Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo I, que não dispõem de equipe disponível 24 horas por dia, totalizando 73 vagas de SRT Tipo I. Dispõe, também, de cinco Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo II,

com equipe 24 horas por dia, totalizando 46 vagas nesta modalidade. Há também a descrição de cinco Serviços Residenciais Terapêuticos de Alta Complexidade, conforme o município as nomeia, totalizando mais 49 vagas nesta modalidade. Portanto, temos, no município estudado, 73 vagas em SRT Tipo II, 46 vagas em SRT II e 49 vagas em SRT de Alta Complexidade, totalizando 168 moradores em vinte Serviços Residenciais Terapêuticos.

Propomos, inicialmente, a análise documental de normativas derivadas da Resolução CNJ N° 487/23, e a análise documental de prontuários, relatórios de encaminhamentos, ordens judiciais e outros documentos oficiais dos casos em medida de segurança acolhidos nos CAPS III Adultos e SRTs nos últimos três anos. Essa etapa visa compreender os fluxos de encaminhamento, chegada dos casos em medida de segurança na RAPS, e interlocução da RAPS com o Judiciário. As categorias de análise foram definidas previamente, a partir de revisão bibliográfica e dos objetivos colocados para este estudo.

As categorias de análise para os prontuários foram agrupadas por temas e descreveremos, a seguir, os principais temas e categorias trabalhadas:

- Categorias Sociodemográficas (Data de Nascimento; Idade; Gênero; Raça/Cor; Escolaridade; Estado Civil; Naturalidade)
- Rede de Apoio/Suporte Social (Rede familiar; rede de apoio; parentesco do vínculo; preservação dos vínculos)
- - Histórico Judicial (Prisão; Reclusão; Detenção; Perícia de Sanidade Mental; Inimputabilidade; Internação em HCTP; Desinternação HCTP; Medida de Segurança com cumprimento em SRT ou Ambulatorial)
- Histórico de Saúde (Tratamento em saúde mental anterior à internação em HCTP ou medida de segurança, Acolhimento no CAPS; Projeto Terapêutico Singular; Hospitalidade Integral; Uso de Medicação; Periodicidade evolução em prontuário)
- Interlocução com o Poder Judiciário e Articulação de Rede Intersetorial (Registro de Discussão/Notificação anterior ao acolhimento do paciente na RAPS; Registros de Interlocução com o Poder Judiciário; Notificação de Suspensão da Medida)
- Informações sobre a Medida de Segurança

Foram eleitos, com a indicação das equipes, prontuários de usuários de CAPS que tinham medida de segurança vigente ou assim a tiveram nos últimos três anos anteriores à ida do pesquisador em campo (2024). Como critério de participação no estudo, incluímos também as pessoas que tenham chegado ao CAPS por medidas de segurança, e que seguem como moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos vinculados aos CAPS.

Os dados contidos em prontuário foram planilhados, de forma anônima, conforme categorias analíticas pré-estabelecidas, em diálogo com a literatura disponível sobre o tema e experiência prévia dos pesquisadores. Esses dados foram analisados à luz dos pressupostos teóricos apresentados, e do objetivo geral do estudo.

Posteriormente, de modo a investigarmos os fluxos de encaminhamento e acolhimento dos casos em medida de segurança inseridos nos CAPS III Adulto e SRTs, também foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com gestores da rede municipal de saúde e de saúde mental, bem como profissionais da Rede de Atenção Psicossocial.

Incluímos, aqui, gestores locais e das unidades, gestores municipais e das organizações sociais (conveniadas) que administram parte dos equipamentos de saúde mental no município estudado. Os dados transcritos das entrevistas foram posteriormente trabalhados com Análise Temática de Conteúdo, conforme nos propõe Bardin¹³ e Minayo¹⁰.

O presente estudo cumpre o disposto na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que contém as diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais, e foi submetido ao comitê de ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Saúde Digital de Campinas (CAAE: 76241923.7.0000.5404; Número de Parecer: 6.745.531)

Discussão e Resultados

I) Análise Documental de Normativas

As Resoluções do Conselho Nacional de Justiça têm caráter normativo primário, e enquanto norma infralegal devem ser observadas em todas as decisões judiciais pela magistratura em território nacional. Nesse sentido, a Resolução em questão, a despeito da disputa de argumentos em seu entorno, já teve impactos diretos, especialmente nas atribuições delegadas aos estados e municípios da federação. Dentre tais atribuições, citamos a exigência da formação de Comitês de acompanhamento dos HCTPs nas Secretarias Estaduais de Saúde, bem como a habilitação de Equipes Conectoras preferencialmente nestas mesmas secretarias.

A tabela a seguir sintetiza as normativas derivadas da Resolução do CNJ e que impactam diretamente os serviços da RAPS:

Tabela 1 – Normativas derivadas da Resolução do CNJ

Portaria/Resolução	Data Publicação	Órgão Responsável	Conteúdo Principal
Portaria GM/MS N° 757	Junho de 2023	Ministério da Saúde/ Gabinete da Ministra	<ul style="list-style-type: none"> • Revoga a Portaria GM/MS N° 3.588 de 2017 • Revoga a permissão excepcional de acolhimento em SRT de pessoas que não tenham vivido por 2 anos ou mais, ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou instituições de internação total
Portaria GM/MS N° 4876	Julho de 2024	Ministério da Saúde/ Gabinete da Ministra	<ul style="list-style-type: none"> • Dispõe sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst.), no âmbito da RAPS • EARs devem ser instaladas, preferencialmente, nas Secretarias Estaduais de Saúde ou serviços integrados à RAPS. • Incentivo financeiro fixo para o custeio das EAPs e habilitadas junto ao Ministério da Saúde • Acompanhamento do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde
Resolução SS N° 193	Agosto de 2024	Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Dispõe sobre o programa de desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia no estado de São Paulo. • Prevê o apoio técnico da Secretaria de Saúde aos Departamentos Regionais de Saúde • Repasse único para implantação de SRIs nos municípios do estado e repasse mensal para custeio e manutenção destes equipamentos

A Portaria GM/MS N° 75714, de Junho de 2023, revoga a Portaria GM/MS N° 3.588 de 2017. Essa portaria do Ministério da Saúde reorganiza a habilitação e cadastro de serviços e equipes de Atenção Psicossocial. Além disso, revoga a permissão excepcional do acolhimento, em Serviços Residenciais Terapêuticos, de pessoas que não tivessem vivido por dois anos ou mais, ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou instituições totais de internação. Assim, a Portaria GM/MS N° 757, reforça o caráter e a natureza principal das SRTs enquanto equipamento voltado aos esforços de desospitalização e desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos com longas internações, o que inclui as pessoas internas em HCTPs.

Em outro desdobramento direto da Resolução CNJ N° 487, a Portaria GM/MS N° 4876¹⁵, de julho de 2024, dispõe sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis a Pessoas

com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst.), no âmbito da RAPS. Essa mesma portaria dispõe, ainda, que as EAPs devam ser instaladas, preferencialmente, nas Secretarias Estaduais de Saúde ou serviços integrados à RAPS. As ações das EAPs estaduais seriam, ainda, submetidas ao acompanhamento do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. Por fim, a publicação estabelece o incentivo financeiro fixo para o custeio das EAPs e habilitadas junto ao Ministério da Saúde.

A Resolução SS N° 193¹⁶ de 2024, publicada pelo estado de São Paulo, dispõe sobre o programa de desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia no estado de São Paulo. Essa resolução prevê o apoio técnico da Secretaria de Saúde aos Departamentos Regionais de Saúde, o repasse único para implantação de SRTs nos municípios do estado, e um repasse mensal para custeio e manutenção destes equipamentos.

As duas portarias de âmbito federal, e a resolução estadual aqui apresentadas, publicadas posteriormente à Resolução N° 487 do CNJ, apontam que os desdobramentos acerca da questão das medidas de segurança em sua interface com o cuidado em saúde mental, já estão em andamento no sentido de detalhar diretrizes para a articulação entre as áreas e a organização do cuidado para esses usuários.

II) Análise Documental de Prontuários

Os dados aqui apresentados foram produzidos em 2024, entre os meses de maio e agosto. Trata-se da produção de dados em um CAPS III Adulto do município que é campo deste estudo, no interior do estado de São Paulo. Esse CAPS também administra e gerencia dois Serviços Residenciais Terapêuticos, um SRT I com oito moradores, e um SRT II, com dez moradores. No CAPS Adulto visitado, encontramos cinco usuários, em um universo de 373 usuários inseridos, que contemplaram os critérios de participação neste estudo. Esse número corresponde a 1,3% do total de prontuários. Contudo, avaliamos que a complexidade dos casos, e sua representatividade dentro do tema aqui proposto, justificam sua análise.

Entre os usuários analisados, todos homens, quatro são solteiros e um divorciado, todos naturais do município que é campo deste estudo, conforme preconiza a atual política de saúde mental, que preza a desinstitucionalização e o retorno do usuário a seu território de origem ou de vinculação.

Três deles vieram com ordens de desospitalização e encaminhamento aos Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo egressos de HCTPs do estado de São Paulo. Os outros dois tiveram ordem judicial de desospitalização, manutenção das medidas de segurança, com exigência de submeter-se a tratamento especializado em CAPS, e acessaram o CAPS de forma espontânea, junto a seus familiares. Esse fato nos demonstra que, à época da ida do pesquisador em campo, não havia, no município em questão, um fluxo claro de acesso a RAPS para esses casos judicializados.

Também três desses homens seguem em acompanhamento no CAPS, sendo que um deles tem a medida de segurança vigente, e outro segue como morador do SRT desde seu acolhimento no CAPS. Outros dois têm suas medidas suspensas e seguem em acompanhamento no serviço.

Em um recorte mais específico quanto às estratégias de cuidado e assistência em saúde mental a esses casos, vamos nos ater a algumas das categorias analíticas estabelecidas na coleta de dados dos prontuários, conforme exposto acima.

Inicialmente, observamos que em um dos casos analisados, não havia um Projeto Terapêutico Singular (PTS) estabelecido e anexado ao prontuário. Naqueles prontuários em que encontramos o PTS, esses não foram elaborados com a participação direta do usuário. O PTS é um instrumento preconizado na atenção à saúde no âmbito do SUS no Brasil, tanto na Atenção Primária em Saúde, como na Saúde Mental. Trata-se de um

dispositivo que ordena e propõe a cogestão do cuidado com o usuário¹⁷, construído junto ao mesmo, a partir de suas vulnerabilidades, necessidades, projetos pessoais, aptidões, dentre outros aspectos. A Resolução N° 487 do CNJ também preconiza que os pacientes em medida de segurança devam ter seus PTS estabelecidos, de modo a facilitar a articulação com o Poder Judiciário e comunicar a evolução destes casos.

Dos cinco casos analisados, apenas um não teve um período de hospitalidade integral no CAPS, desde seu acolhimento. Observamos que, em alguns casos, esse período de hospitalidade integral se deu logo após o acolhimento desses usuários no serviço, como possível forma de conhecê-lo, avaliá-lo, propiciar período de vinculação e promover ambientação no novo serviço, antes do encaminhamento para SRT.

Observamos, ainda, que todos os usuários analisados nessa etapa fazem uso de psicotrópicos prescritos. Quanto às ações de saúde registradas em evoluções de prontuário, pudemos constatar que a maioria delas é referente a atendimentos médicos ou renovação de receitas de medicamentos. A periodicidade desses registros é bastante díspar entre os prontuários analisados.

No caso do usuário que é morador do SRT, os registros são diários, com periodicidade que acompanha o plantão do CAPS, com três registros por dia. Os demais usuários, que realizavam atendimento ambulatorial, têm registros com frequência irregular. Em um dos casos, encontramos evoluções periódicas semanais do profissional de referência daquele usuário, com registros em evolução que indicavam o atendimento semanal, vinculado à retirada, também semanal, de medicações na farmácia do CAPS. Não foi possível observar qualquer estratégia específica de cuidado nesses casos, tampouco estratégias voltadas à questão da medida de segurança, o que suscita dúvidas de como essa característica complexifica, ou não, se precariza, o cuidado em tais casos. Nos registros, não encontramos evoluções explícitas quanto às possíveis articulações com o Poder Judiciário.

A análise desse material demonstra um processo de cuidado que nem sempre consegue manter a centralidade dos conceitos de atenção e reabilitação psicossocial. Nesse referencial, o cuidado deve se organizar a partir do PTS, como discutimos anteriormente “Reabilitação psicossocial poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos...”¹⁸.

Importante mencionar que a noção de atenção e reabilitação psicossocial ultrapassa a assistência à saúde *stricto sensu*, em termos de suas tecnologias duras, como consultas, medicações, etc, constituindo-se como um novo paradigma na lida com o sofrimento mental grave. Trata-se da reabilitação do *status* de cidadania dessa pessoa, em um trabalho que propicie o exercício de sua autonomia e contratualidade social, moradia, renda, acesso a bens culturais e de lazer, bem como considera as vulnerabilidades específicas em recortes sociodemográficos.

Nesse sentido, considerar a questão da medida de segurança nos atendimentos a essas pessoas nos parece essencial.

III) Análise de Entrevistas

Elegemos para análise a entrevista com dois gestores municipais da RAPS do município que é campo deste estudo. A partir da Análise Temática de Conteúdo, fizemos o recorte de temas que se aproximam da questão do cuidado, conforme foco deste artigo.

Segundo Bardin¹⁰, o tema é uma unidade de significação que advém de um texto analisado, iluminado pela teoria e objetivos que guiam a leitura de uma entrevista. Há a presença e frequência de um tema que ganha bastante relevância nas entrevistas, que é o da residencialidade, com foco nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Por vezes, as ordens de desospitalização expedidas pelo Poder Judiciário, nos casos de pessoas em medida de segurança internadas em HCTP, deixam expressa a ordem de acolher este usuário em um Serviço Residencial Terapêutico que disponha de equipe 24 horas por dia, o que é dizer que o usuário deva ser acolhido em uma SRT Tipo II, que é a modalidade, neste serviço, que contempla essa especificidade.

Conforme aponta uma das pessoas entrevistadas, a questão das medidas de segurança e as SRTs, especialmente de Tipo II, que contam com equipe 24 horas, seria “o grande desespero”, caso as ordens de desospitalização viessem sempre vinculadas à inserção desse usuário em SRT. Outra entrevistada aponta que “são vagas preciosas”, em uma alusão à importância deste recurso para a RAPS.

Ainda que ambas as pessoas entrevistadas compreendam a natureza principal dos SRT como equipamentos destinados à desospitalização e desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos, na prática cotidiana da Atenção Psicossocial este recurso responde ao grande *déficit* habitacional, já existente nos grandes centros urbanos, e ainda mais acentuados em uma população vulnerável, como é o caso deste público. Com o envelhecimento e aumento da expectativa de vida da população assistida nos CAPS, o que denota avanços no cuidado a essas pessoas, cria-se, também, uma questão. Um dos gestores aponta que não será mais possível acolher em SRT aqueles “moradores de leito”, em uma alusão aos critérios estabelecidos para acolhimento em SRT, alterados pela Portaria GM/MS Nº 757 de Junho de 2023.

As pessoas entrevistadas apontam que será necessário repensar o modelo da residencialidade dos usuários de serviços de atenção psicossocial. Quando o acolhimento em SRT vinha atrelado à ordem judicial, isso causava grande preocupação aos gestores municipais, tanto pela oferta de vagas, quanto pela necessidade de avaliar o perfil desse futuro morador, suas necessidades de suporte, sua condição clínica, dentre outros fatores.

Por outro lado, aquelas pessoas que vinham com a ordem para acolhimento nesses serviços, dava mais visibilidade ao caso. Um dos entrevistados aponta:

“o que vinha (usuário) com uma medida não atrelada ao acolhimento (em SRT), a gente (Secretaria de Saúde) não sabia”.

Com as novas propostas de fluxo das desospitalizações em HCTP, essa questão pode e deve ser mitigada, de modo que qualquer pessoa em medida de segurança e que irá acessar a RAPS, seja de conhecimento prévio dos gestores municipais.

Ambas as pessoas entrevistadas apontam, ainda, que a ordem judicial para acolhimento em SRT sem conhecimento e avaliação prévia configurava o pior dos cenários. Apontam que as equipes dos HCTP e os técnicos do Poder Judiciário desconhecem esses serviços em seu cotidiano, que não se configuram como “micro enfermarias” psiquiátricas, e que algumas pessoas simplesmente “não se adequam” aos SRT. Esse não se adequar aponta mais na direção de uma revisão do modelo das residencialidades, como apontam os próprios entrevistados, do que ao perfil do caso, em si. Comentam ainda que, anteriormente, isso se dava de modo quase automático, na maioria das ordens de desospitalização, que vinham atreladas à ordem de acolhimento em SRT.

Cabe ressaltar que os SRT são serviços de responsabilidade municipal, e a desospitalização e desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos deve respeitar sua naturalidade, ou município de vínculo/moradia anterior. Nesse sentido, os municípios de menor porte encontrarão ainda mais dificuldade em manter serviços desta natureza, dada a robustez de suas equipes, recursos necessários, em oposição a um número total não muito expressivo, em termos absolutos, de municípios com indicação de acolhimento em SRT.

Um segundo tema de relevância nos textos das entrevistas é o do Projeto Terapêutico Singular, o PTS. Ambas as pessoas entrevistadas o reconhecem como dispositivo ordenador do cuidado, inclusive enquanto respaldo às equipes e serviços para as interlocuções com o Poder Judiciário. Em um aspecto positivo, apontam que, com as novas diretrizes, o PTS será, inclusive, ordenador da necessidade de hospitalidade integral ou de nova internação desse usuário, agora em um equipamento da RAPS, como prevê a Resolução Nº 487 do CNJ.

Por outro lado, uma das entrevistadas aponta alguma incompatibilidade entre as Medidas de Segurança e o PTS:

“a especificidade (no cuidado) é que não temos uma liberdade plena de estabelecer o PTS... às vezes, a gente avalia que a pessoa tem condição de sair do SRT, mas a gente tem que esperar uma determinação judicial extinguindo a medida de segurança”.

Considerações Finais

Após mais de duas décadas da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei 10.216/2001), voltamos o olhar, de forma mais consistente e com abrangência nacional, ao “louco infrator”. A experiência da reforma psiquiátrica italiana, que tanta influência teve no Brasil, também só endereçou essa questão após 30 anos da aprovação de lei congênera naquele país.

Como pudemos observar, trata-se de uma questão em pleno desdobramento, ainda em processo de elaboração e planejamento, sendo necessários recortes, neste momento, para estudá-la mais detidamente.

Contudo, sua segurança jurídica é frágil. O disparador dessas mudanças é uma norma infralegal, sem poder de Lei ou mesmo de portaria, o que é facilmente contestado pelos estados, municípios, entidades da saúde, Poder Legislativo e até mesmo dentro do Poder Judiciário. Os prazos previstos para o fechamento da porta da entrada dos HCTP já foram flexibilizados, considerando a necessidade de planejamento, aportes financeiros, habilitação de dispositivos e equipes que se aproximem do tema, bem como a necessária mudança da representação social das pessoas em sofrimento mental grave e em conflito com a lei.

Como toda ação que tenta avançar os discursos não hegemônicos, de caráter reformista e radical, no sentido de retomar a radicalidade da proposta da Reforma Psiquiátrica, de uma sociedade sem manicômios e sem violações de direitos a essa população, sofre intensa resistência. Já tramitam projetos de leis no Congresso Nacional que tentam reverter esses avanços, e até mesmo propõem o que compreendemos como retrocessos, como alterações na Lei 10.216/2001, no que tange, por exemplo, às internações compulsórias (PL 551/2024, apensado ao PL 1637/2019).

Compreendemos, contudo, que a despeito da intencionalidade da Resolução N 487 do CNJ, que visa abolir a diferença do estatuto jurídico, de direitos e de cidadania entre as pessoas com sofrimento mental grave que cometeram ou não crimes, há necessidade de maior articulação com a Saúde. Há uma certa reprodução, do Poder Judiciário, conforme suas ordens e sentenças expedidas, no sentido de “fazer cumprir” sua determinação. Reconhecemos a necessidade de disparadores que façam o tema caminhar. Desse modo, torna-se relevante que a Saúde se aproprie do tema em questão, com seu arcabouço teórico, prático, com sua história e conhecimento na Saúde Pública e Coletiva brasileiras, de modo a qualificar uma proposta que, em nossa compreensão, deve avançar, mas respeitando as necessidades de planejamento e avaliação, como de praxe se faz com as questões da Saúde Coletiva.

Nesse sentido, este trabalho visa comunicar e convidar os demais colegas, trabalhadores e gestores do SUS, da RAPS, em suas realidades locais, a participar, elaborar e avaliar os próximos passos dessa política, a fim de conferir a esse processo maior legitimidade e caráter participativo.

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica 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. 9 abr 2001.
2. Caetano H. Loucos por liberdade: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar Editora; 2019.
3. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências.
4. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Recomendação nº 35, julho de 2011, que estabelece diretrizes para a desinstitucionalização e o redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto.
5. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei n. 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Justiça.
6. Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011 [internet]. Brasília: Letras Livres; 2013 [acesso em 18 jan 2025]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf>.
7. Oliveira AS. et al. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no sistema prisional: a morte social decretada?. Ciênc Saúde Colet. 2022;27(12): 4553–4558.
8. Ministério Público do Estado de Goiás. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. Goiânia: 2013.
9. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Secretaria Nacional de Políticas Penais - SENAPPEN. Relatório de Informações Penais. Brasília (DF); 2024.
10. Secretaria de Estado da Administração Penitenciária de São Paulo (SP). Hospitais: dados de população prisional, 2025 [internet]. [acesso em 10 fev 2025]. Disponível em: <<https://www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais/pen.html>>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Campos RO. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis: Revista de Saúde Coletiva [internet]. 2011;21(4): 1269-1286. Doi: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4876, de 18 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS.
16. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Resolução nº 193, 6 de agosto de 2024, a qual trata sobre o programa de desinstitucionalização de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia no Estado de São Paulo, e dá providências correlatas.
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2016. (Cadernos Humanizados; 2. Atenção Básica)
18. Pitta AMF, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2014.

ARTIGO

Função Apoio: agenciando produção do cuidado ampliado e compartilhado em um serviço especializado de saúde

Support Function: Managing the Production of Expanded and Shared Care in a Specialized Health Service

Bruno Wesley Rodrigues^I, Aline Roucourt Presotto^{II}, Carlos Alberto Pegolo da Gama^{III}

Resumo

A função apoio institucional na Política de Humanização foi uma proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa inovar os modos de intervir, superando os principais desafios do processo de trabalho dos profissionais que impactam na produção do cuidado ao usuário. Um desses desafios está relacionado às práticas assistenciais focadas no modelo biomédico, centrado em consultas médicas, queixa-conduta principalmente nos serviços especializados de saúde. Este estudo foi realizado como pesquisa intervenção qualitativa com utilização de observação participante, tendo o objetivo de compreender como a função apoio pode contribuir com a mudança de modelo de gestão e atenção em uma equipe de um serviço especializado de saúde do município de Bauru (SP), com uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), colocando em análise as relações de saber e de poder entre os profissionais e destes com os usuários. Os principais resultados alcançados estão relacionados ao fortalecimento de vínculos entre profissionais e equipes e destas com os usuários, corresponsabilização, melhoria nas relações e mudanças nos modos de operar o cuidado. Conclui-se que este estudo produziu vários efeitos nos usuários, nos profissionais, nas equipes e nos territórios participantes, por meio da função apoio com uso do PTS.

Palavras-chave: Análise institucional. Humanização da assistência. Saúde coletiva.

Abstract

The institutional support function in the Humanization Policy was a proposal from the Unified Health System that aims to innovate ways of intervening, overcoming the main challenges in the work process of professionals that impact the production of care for users. One of these challenges is related to care practices focused on the biomedical model, centered on medical consultations, complaints and conduct mainly in specialized health services. This study was carried out as qualitative intervention research using participant observation, with the objective of understanding how the support function can contribute to changing the management and care model in a team of a specialized health service in the city of Bauru, using of the Singular Therapeutic Project (PTS), analyzing the relationships of knowledge and power between professionals and between professionals and users. The main results achieved are related to the strengthening of bonds between professionals and

^I Bruno Wesley Rodrigues (brunowesley.rodrigues@gmail.com) é enfermeiro, mestrando do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e articulador de humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

^{II} Aline Roucourt Presotto (alineroucourt@yahoo.com.br) é médica, gerente médica do Ambulatório Médico de Especialidades de Bauru.

^{III} Carlos Alberto Pegolo da Gama (carlosgama@terra.com.br) é psicólogo, com mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). É professor adjunto da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).

teams and between them and users, co-responsibility, improvement in relationships and changes in the ways of operating care. It is concluded that this study produced several effects on users, professionals, teams and participating territories, through the support function using the PTS.

Keywords: Institutional analysis. Humanization of assistance. Public health.

Introdução

Vários estudos identificam a predominância do paradigma biomédico no Sistema Único de Saúde (SUS) e apontam diversas dificuldades para desconstruí-lo na lógica de um cuidado mais humanizado, descentralizando o foco na doença e passando a incluir aspectos subjetivos de cada pessoa no tratamento.

Nesse sentido, os serviços de saúde, principalmente os especializados tendem a centrar o cuidado de forma estritamente biologicista, médico-centrado, hospitalocêntrico, direcionados a intervenções terapêuticas intensivas, baseadas em exames, queixas e condutas, reforçando a fragmentação dos processos de trabalho, embasados em conceitos reducionistas do que é saúde e doença, desconsiderando as diferenças singulares de cada pessoa no enfrentamento de determinado problema. Ou seja, embora as pessoas possam ter o mesmo diagnóstico clínico, cada uma pode apresentar diversas maneiras de viver e de lidar com o processo saúde-adoecimento.

Uma das iniciativas propostas pelo SUS no sentido de promover mudanças a este modelo hegemônico, enraizado nas práticas dos serviços de saúde, foi a criação, em 2003, da Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde, colocando em questão a qualidade e dignidade no cuidado prestado às pessoas, propondo reestruturações na organização dos processos de trabalho que produzem reflexos, na produção de saúde e vida dos usuários e trabalhadores.¹

Esta Política investiu na formação de apoiadores institucionais que mobilizaram processos de apoio intensivos aos serviços de saúde envolvendo equipes da atenção básica, hospitais, dentre outros, visando a qualificação da produção do cuidado em redes.

A função apoio pode ser definida como uma ação de sujeitos que provocam atravessamento no trabalho, sempre no coletivo, ampliando a potencialidade da grupalidade, colocando em análise permanente os processos de trabalho e os modos de produzir o cuidado, entendendo que este deve ser mais integral e equânime. Podemos afirmar que o apoio institucional, seguindo os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, se norteia pela ativação de outras formas de operar o cuidado, buscando, ali onde nada mais parece ser possível, na potência daqueles que por ali transitam, outro modo de fazer e produzir saúde.

No Estado de São Paulo, desde 2012, houve a contratação de profissionais para atuarem como articuladores de humanização pelo Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde, objetivando o exercício do apoio institucional. Esse profissional é designado para cada departamento regional de saúde, tendo, como atribuição, contribuir com as regionais de saúde, serviços de saúde estaduais e municipais, privilegiando espaços coletivos que coloquem em análise permanente os processos de trabalho em relação à produção do cuidado em redes que produzem vidas, considerando aspectos relacionados às subjetividades e às singularidades.

O presente estudo tem o objetivo de analisar como a função apoio contribui para uma mudança de modelo de gestão e atenção no cuidado envolvendo usuários do ambulatório da linha de cuidados de diabetes tipos 1 e 2, equipe interdisciplinar do Ambulatório Médico de Especialidades com integração de equipes de estratégia Saúde da Família do município de Bauru.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa intervenção, qualitativa com observação participante em grupo, iniciada após autorização do Núcleo de Ensino e Pesquisa da Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (Famesp), Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru e Comitê de Ética da Unicamp, conforme parecer da Plataforma Brasil, sob o número 5.287.076 e CAAE: 54052421.5.0000.5404.

O cenário escolhido foi um serviço especializado do SUS, Ambulatório Médico de Especialidades (AME), com convite a duas unidades de Estratégia Saúde da Família (eSF) e dois usuários do sexo masculino (M1 e M2) do município de Bauru (caracterizado como sendo município de grande porte na região centro-oeste paulista) que estavam sendo acompanhados no ambulatório da linha de cuidados do diabetes, tendo como ênfase a contribuição da função apoio em relação à ampliação da clínica e produção do cuidado de forma compartilhada, fomentando a tríplice inclusão (gestores, trabalhadores e usuários), como apresentando na tabela abaixo:

Tabela 1 - Participantes da pesquisa

Gestão (AME)	02
Gestão (eSF)	02
Equipe assistencial e apoio matricial* (AME Bauru); *1 médica e 1 enfermeira	08
Equipe assistencial eSF (eSF1 e eSF 2)	08
Usuários (M1 e M2)	02
Rede social-afetiva-familiar do usuário (apenas M1)	01
Total de pessoas (Gestores, Profissionais, Usuários e Rede Familiar): 23 pessoas.	

Para a construção da pesquisa em campo, alguns passos foram seguidos divididos em três etapas: A preparação, a discussão de casos e construção do PTS e a construção do produto técnico.

A preparação foi realizada em três momentos (apresentação da proposta do projeto da pesquisa para as equipes do AME e gestão municipal; estudo do texto de Gama et al. (2021) *Estratégia Saúde da Família e adesão ao tratamento de diabetes: Fatores facilitadores* e aplicação do mapa de conversações para escolha dos usuários)². A discussão de casos e construção coletiva do PTS em quatorze momentos, sendo oito envolvendo apenas os profissionais e equipes, e os demais seis encontros com participação dos usuários e, finalmente, a construção do produto técnico-realizado em três encontros para construção do documento norteador referente ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) em um serviço especializado de saúde.

No decorrer do acompanhamento, foram incluídos profissionais da rede intersetorial – Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Casa de Passagem, devido à complexidade do caso M2.

Como instrumentos para a pesquisa, foram utilizadas referências bibliográficas, diário de campo para registros das informações e impressões do pesquisador e co-pesquisadora, entrevista em roda de conversa com perguntas abertas direcionadas aos profissionais e gestão, mapa de conversações, PTS, genograma e ecomapa.

A análise de dados foi produzida com uso da hermenêutica, entendida como a arte e ciência da interpretação. Esse método possibilita o entendimento do homem e de seu mundo, sua história e seu próprio existir, com suas tradições, seus preconceitos, pré-julgamentos, questões e suposições, objetivando estabelecer

busca por elementos de familiaridade e estranheza no processo de compreensão da comunicação que foi estabelecida.

Para isso, foi necessário: analisar os registros descritos em diário de campo, organizando o material por meio de releituras e sistematização dos relatos, com as observações e intervenções feitas pelo apoiador; transcrição dos registros do diário de campo, incluindo os recortes de algumas narrativas tanto dos profissionais, como dos usuários; agrupamento e estruturação dos registros com similaridades e/ou divergências em relação ao tema e compreensão dos dados agrupados, ampliando o entendimento dos fenômenos que foram observados e registrados.

Dessa forma, foi possível delinear quatro categorias relacionadas às percepções e intervenções do apoiador: Assimetrias nas relações de saber-poder; Concepção ampliada de saúde-doença e mudança do modelo biomédico; Produção do cuidado, produção de redes e produção de vidas e Falando com as experiências – usuário como agente produtor de cuidado.

Resultados e discussão

Percepções e intervenções do apoiador

1- Assimetrias nas relações de poder

As assimetrias na relação de saber-poder se fazem presentes no cotidiano do trabalho das equipes de saúde, tanto entre os próprios profissionais, como destes para com os usuários.

O usuário M1, por exemplo, não fazia auto-administração da insulina corretamente e, quando começava a melhorar, alterava a forma prescrita; ele concordava com as propostas da equipe, mas, quando chegava em casa, não seguia as orientações. M2 também não seguia as recomendações dos profissionais, por não considerar prioridade pela sua condição de vida.

Os profissionais, pautados no modelo biomédico prescritivo, na lógica tradicional de queixa-conduta e ordem-obediência, sentem-se desconfortáveis quando os usuários como M1 e M2, enquanto sujeitos agentes, criam resistências e/ou não seguem suas orientações, como podemos observar pela pergunta da médica do AME: nesta situação em que se percebe que há todo um envolvimento da equipe, de que o usuário está esclarecido sobre a doença e suas complicações, o que fazer quando ele não adere?

Fundamentado em Campos (2000), o apoiador-pesquisador se utiliza da questão e dos casos para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise do coletivo, não apenas qualificando sua intervenção, mas aumentando a capacidade de produzir saúde (BRASIL, 2008)3.

Para esse autor, a função apoio é um método de intervenção que pode afetar as relações de poder e de saber visando uma produção de análises críticas sobre essas relações, assumindo compromissos em conjunto.

O apoiador-pesquisador diz que, na prática, muitas vezes o usuário é colocado numa posição de submissão, só sendo informado sobre sua condição de saúde-doença, sem abertura para negociar o tratamento, fazendo com que não se sinta acolhido, incluído e respeitado no processo de construção do próprio plano de cuidado, refletindo na não-adesão ao tratamento.

2- Concepção ampliada de saúde-doença e mudança do modelo biomédico

Os profissionais de saúde, muitas vezes, têm dificuldade em reconhecer que, apesar da doença, a pessoa pode apresentar potencialidades de vida que colaboram com a produção de saúde.

M1 considera, como potencial para viver, o cuidado com sua mãe; quer ver os filhos formados e quer ter netos.

Ou seja, para sair da doença, é importante reconhecer qual a parte “sadia” da vida dessas pessoas, seus desejos, interesses, dificuldades e potenciais, pois isso pode favorecer o fortalecimento das propostas de cuidado a serem negociadas na construção do PTS, buscando por questões que fazem sentido para elas, que as movem e dão significados para continuar a viver, incluindo a condição da espiritualidade, como compartilhado por M1, ao dizer que Deus colocou uma equipe capacitada para ajudá-lo, então é preciso querer ser ajudado; Deus faz a parte dele, e a pessoa precisa fazer a parte dela.

De acordo com Hudak e Galio (2009, p.45)⁴, o termo “espiritualidade” deriva da palavra espírito, que é traduzido do latim como “respiração”, sendo compreendido como sopro da vida, algo maior que nos leva a manter a vida e a lutar pela manutenção com coragem, fé e esperança⁴.

A integração entre espiritualidade, fé e religiosidade no processo de melhora e cura da doença, permite que se encontre na fé uma saída para alívio da dor, conforme enfatizado por Peres et. al (2007)⁵.

Portanto, o modelo biomédico, embora necessário, é insuficiente para dar conta da complexidade das vidas das pessoas, sendo fundamental a composição com outras áreas do conhecimento, como as ciências sociais e humanas, que incorporam práticas de abordagem que ultrapassam os limites da doença, passando para um cuidado mais integral da pessoa doente.

Apesar de M1 e M2 possuírem o mesmo diagnóstico clínico (diabetes), as formas de lidar com a doença são diferentes, justamente por terem um contexto de história de vida distinto, como apresentado nos recortes a seguir – um tem uma rede de apoio familiar mais fortalecida (M1), enquanto o outro tem uma rede de apoio familiar com vínculos mais fragilizados, associados a conflitos, rupturas e perdas (M2); um tem uma condição emocional estável (M1); enquanto o outro tem uma condição emocional instável, piorada por recaídas em relação ao uso de substâncias psicoativas (M2).

Nesse aspecto, a função apoio pode contribuir com essas mudanças pragmáticas, ampliando a visão dos profissionais, da doença, para outras questões que constituem a vida, como observado no relato da médica do AME: *“diz que se formos analisar a condição de vida dos usuários atendidos na linha de cuidados do diabetes que são inseridos no PTS, o menor problema está relacionado à doença em si, ou seja, o diabetes é apenas a ponta do iceberg que está visível”*.

3- Produção do cuidado, produção de redes e produção de vidas

O apoiador-pesquisador, no exercício da função apoio, procurou por meio do PTS disparar movimentos de produção de redes de cuidado, com base nas vidas que circulam nos territórios existenciais, aproximando as duas equipes de eSFs, AME e rede intersetorial (CREAS/Casa de Passagem) para pensar coletivamente em propostas de cuidado, superando essas fragilidades e distanciamentos existentes, utilizando os casos M1 e M2 como usuários-fontes com acompanhamento pelas redes de forma mais integral.

A médica da eSF1 refere que a função apoio, por meio do projeto de pesquisa, oportunizou a aproximação com o AME, pois antes se sentiam sozinhos; a gestão do AME permitiu o deslocamento de alguns profissionais do serviço para o território, nos encontros que ocorreram nas unidades de referência dos casos em discussão.

Nesse sentido, é perceptível que por meio das interferências feitas pelo apoiador-pesquisador com os sujeitos, em relação aos modos de operar o cuidado e a gestão, foi possível a construção de redes que potencializaram movimentos de mudanças, problematizados no coletivo, dos modos cristalizados de cuidar e de gerir, que produziram efeitos nos usuários, nos profissionais, nas equipes e no território.

Essa aproximação entre os serviços, com a presença e atuação do apoiador-pesquisador e inclusão do usuário e sua equipe de referência de eSF, foi fundamental para as melhorias constatadas no caso M1 e M2, que vão desde as questões relacionadas à patologia, como os modos de viver.

Por esse motivo, reforçar o vínculo entre o usuário, rede social-afetiva-familiar, com a equipe de Atenção Primária à Saúde, é fundamental para a continuidade do cuidado, entendendo que, no processo, o serviço ambulatorial está no meio do caminho, pois os profissionais das eSFs referenciam o caso para o AME, que faz o diagnóstico e inicia o tratamento e contra-referência para a continuidade do cuidado no ambulatório médico tradicional ou para a Atenção Primária à Saúde.

A função apoio funcionou como um dispositivo, disparando movimentos no próprio movimento, por meio do trabalho em “ato”, fazendo “com” em meio ao próprio campo, com interferências mútuas (PASSOS; NEVES; BENEVIDES, 2006)⁶.

Dessa forma, a função apoio é um método da PNH que visa incluir novos parceiros, multiplicando os agentes de contágio da política pública de saúde, acompanhando a invenção de caminhos, incluindo as vozes, pensamentos e desejos que podem acionar mudanças pelo contágio em campos de experimentação (PASCHÉ; PASSOS; 2010, p.429)⁷.

O caso M2 é um exemplo, pois poderia ter ficado perdido entre as unidades que “lavariam as mãos”. O apoio abriu brechas para a produção do cuidado compartilhado, ampliando o olhar para enxergar a pessoa na sua integralidade, superando o modelo hegemônico.

4- Falando com as experiências – usuário como agente produtor de cuidado

Quando se pensa em cuidado, é importante ressaltar que o “cuidar” está sempre presente em nosso dia-a-dia, pois constantemente estamos cuidando de nós mesmos, de outras pessoas, animais e de muitas outras coisas que são importantes para nós.

A equipe da eSF1 convida M1 a ajudá-los na condução de um trabalho em grupo com outros usuários considerados de maior complexidade, que têm dificuldade de fazer a auto-aplicação de insulina, pois, apesar dos desafios, ele conseguiu vencer várias barreiras. Assim como M2, que a partir da sua vivência com a doença hoje faz orientações a outras pessoas quanto ao cuidado, reforçando “*tenho experiência de vida*”.

Ferreira et al. (2016) contribui com o contexto apresentado no parágrafo anterior, quando diz que, além do corpo biológico, o sujeito apresenta um corpo vivido, marcado por afetos, experiências, aprendizados que interferem nos seus modos de ser e de existir no mundo⁸.

Dessa forma, o usuário pode contribuir com o cuidado de outras pessoas que vivenciam a mesma condição de saúde e de vida, deixando de ser “paciente”, no sentido passivo, passando a ser um sujeito agente produtor de cuidado, pois o conhecimento de quem vive com a condição da doença pode ser diferente do que encontramos em referenciais teóricos, pautados puramente no modelo biomédico alicerçado na fisiopatologia da doença e tratamento.

O apoiador-pesquisador reforça a importância, caso os mesmos tenham o desejo em compartilhar suas histórias de vida, em relação ao processo de adoecimento, pois a doença não os impediu de viver outras situações da vida. Apesar da doença, eles continuaram a viver, a existir e a perseverar em sua existência.

Considerações finais

O SUS ao longo desses anos acumulou experiências inovadoras, que se refletem nas práticas de cuidado à população. Uma dessas experiências foi a criação da Política Nacional de Humanização, com a incorporação do

apoio institucional, que tem como objetivo provocar reflexões e interferências no mundo do trabalho, promovendo construção de redes de relações mais solidárias entre trabalhadores e usuários que se coproduzem como sujeitos.

Para isso, é necessário a inclusão de pessoas (gestores, trabalhadores e usuários) e seus analisadores sociais e coletivos. Mobilizar esse processo não é nada fácil, pois exige um novo formato de funcionamento dos coletivos e das organizações de saúde, que reposicionam os sujeitos, criando outros modos de sentir e experienciar encontros que produzam diferentes práticas de saúde.

Para superar esses desafios em relação à mudança dos modelos de atenção e de gestão, a função apoio foi pensada como um recurso, um método, um dispositivo, que coloca em análise permanentemente o grau de implicação dos diferentes sujeitos às demandas que surgem, aos efeitos e repercussões daquilo que se produz, por meio das experimentações e do fazer conjunto.

É nesse campo de atuação que o apoiador se coloca como um importante dispositivo, por seu potencial de ampliar as questões que surgem, mediando as relações de forças e poderes que se manifestam por diferentes interesses, projetos, valores, concepções e formações.

Essa situação ficou muito clara quando se realizou o PTS com dois casos (M1 e M2), com mesmo diagnóstico clínico (diabetes mellitus), porém, com histórias de vida e redes de apoio bem distintas.

Nesse sentido, percebe-se que cada pessoa é singular e, dependendo do seu contexto de vida e da forma como é acolhida, pode se abrir para aceitar as proposições da equipe em relação ao plano de cuidado ou se fechar, criando resistências quando não se sentem incluídas e respeitadas em suas decisões.

Sendo assim, o objetivo dos gestores, trabalhadores e serviços deveria ser mais que atingir metas quantitativas, incluindo em suas pautas ações individuais e coletivas, tendo como direcionamento a centralidade do usuário na produção do cuidado, pois toda vida vale a pena ser vivida.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF); 2008.
2. Gama CAP, et al. Estratégia de Saúde da Família e adesão ao tratamento do diabetes: fatores facilitadores. Bahia: Rev. Baiana de Saúde Pública. 2021;45(1):11-35.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF); 2008.
4. Hudak CM, Galio BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
5. Peres MFP, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiq Clín. 2007; 34 (Supl. 1): 82-87.
6. Passos E, Neves CAB, Benevides RB. Apoio institucional. [S.l.]: [s.n.]; 2006.
7. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. Saude debate. 2010; 34(86):423-32.
8. Ferreira TPS, et al. O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que os usuários fazem sobre sua vida x a decisão dos trabalhadores de saúde sobre a vida do outro. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1, p. 96-99.

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 500 exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: Na Capes, o BIS está nas áreas de Administração Pública, Ciências Ambientais, Enfermagem, Ensino, Interdisciplinar, Medicina II, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Sociologia. No Qualis Periódicos, o BIS está classificado como B2 (periódico de excelência nacional) na área mãe Saúde Coletiva. O BIS está indexado no Portal de Revistas da SES-SP, na BVS e no Google Acadêmico, neste último com 6 no Índice h5 (usado para citação de artigos) e mediana 7 (média de citações por artigo).

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total dessa publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos para publicação deverão ser enviados antes da submissão. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com três palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados em arquivos separados (JPG), em alta resolução.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada em algarismo romano informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição à qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser numeradas seguindo a ordem de citação, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 466/2012 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética em pesquisa.

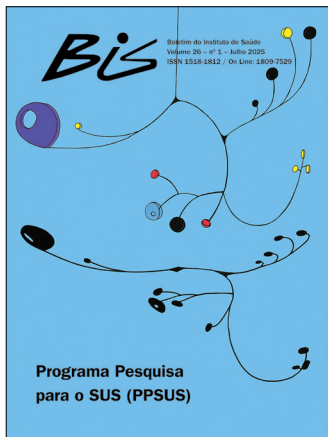
Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas ad hoc, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a Bireme, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

BIS - números já editados



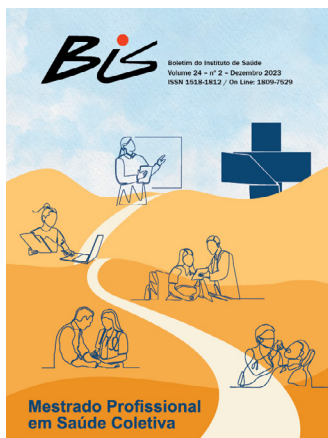
(v. 26 - nº 1) / 2025
Programa Pesquisa
para o SUS (PPSUS)



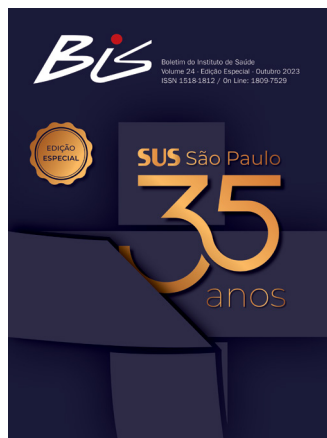
(v. 25 - nº 2) / 2024
Avaliação de Tecnologias
em Saúde (ATS)



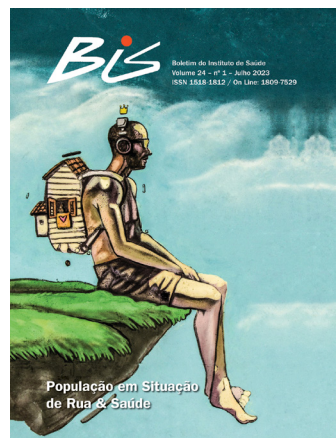
(v. 25 - nº 1) / 2024
População em Situação
de Rua & Saúde II



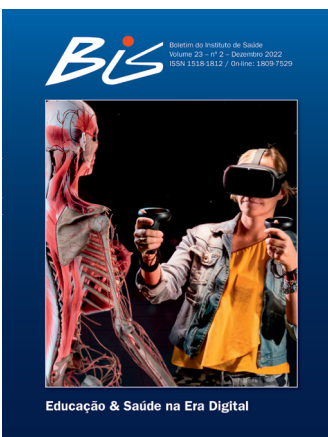
(v. 24 - nº 2) / 2023
Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva



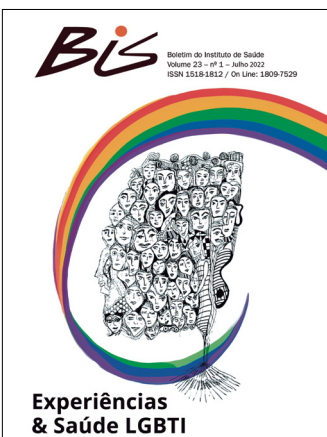
(v. 24 - Edição Especial) / 2023
SUS São Paulo 35 Anos



(v. 24 - nº 1) / 2023
População em Situação
de Rua & Saúde



(v. 23 - nº 2) / 2022
Educação & Saúde na Era Digital



(v. 23 - nº 1) / 2022
Experiências & Saúde LGBTI



(v. 22 - nº 2) / 2021
Sexualidade, Gênero e
Saúde Sexual e Reprodutiva II



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS