



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Daisy Aparecida Alves Franco

**O CAPS e a internação psiquiátrica no itinerário terapêutico de
pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva dos usuários**

UBERLÂNDIA

2021



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Daisy Aparecida Alves Franco

O CAPS e a internação psiquiátrica no itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva dos usuários

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

F825 Franco, Daisy Aparecida Alves, 1963-
2021 O CAPS e a internação psiquiátrica no itinerário
terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico na
perspectiva dos usuários [recurso eletrônico] / Daisy
Aparecida Alves Franco. - 2021.

Orientadora: Renata Fabiana Pegoraro .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.655>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Psicologia. I. , Renata Fabiana Pegoraro, 1974-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Daisy Aparecida Alves Franco

O CAPS e a internação psiquiátrica no itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva dos usuários

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

Banca Examinadora

Uberlândia, 17 de Dezembro de 2021.

Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Fernanda Nogueira Campos Rizzi (Examinadora)

Câmara Municipal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Cintia Braghetto Ferreira (Examinadora)

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Uberaba, MG

Prof. Dr. João Fernando Rech Wachelke (Examinador Suplente)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 391, PGPSI				
Data:	Dezessete de dezembro de dois mil e vinte e um	Hora de início:	9:08	Hora de encerramento:	11:08
Matrícula do Discente:	11912PSI005				
Nome do Discente:	Daisy Aparecida Alves Franco				
Título do Trabalho:	O CAPS e a internação psiquiátrica no itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico na perspectiva dos usuários.				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Desafios do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Fernanda Nogueira Campos Rizzi - Câmara Municipal de Uberlândia; Cintia Braghetto Ferreira - UFTM; Renata Fabiana Pegoraro, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que todos os membros da banca e a discente participaram desde a cidade de Uberlândia - MG, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra Renata Fabiana Pegoraro apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Fabiana Pegoraro, Professor(a) do Magistério Superior**, em 22/12/2021, às 08:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cintia Bragheto Ferreira, Usuário Externo**, em 22/12/2021, às 09:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Nogueira Campos Rizzi, Usuário Externo**, em 27/12/2021, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3274390** e o código CRC **22A8D0CD**.

“Escutar a pessoa ao invés de escutar os sintomas. Eu mudei o meu registro e passei a entender a experiência da pessoa.”

Deivisson Vianna.

Agradeço e dedico este trabalho às pessoas entrevistadas: Célia, Livia, Alcione, Públio, Margarida e Alba.

E à minha orientadora Renata Fabiana Pegoraro, porque além de me ensinar tudo o que eu sei sobre pesquisa qualitativa, me acolheu num momento radical e impediu que eu desistisse de finalizar esse trabalho.

Resumo

O tema dessa pesquisa se insere no campo da saúde mental. O estudo dos itinerários terapêuticos pela perspectiva dos usuários dos serviços de saúde não é, ainda, uma temática que recebe ênfase no âmbito científico, negligenciando-se, assim, a participação ativa dos destinatários prioritários do processo social complexo denominado Reforma Psiquiátrica na compreensão da centralidade deles no processo de cuidado. Em razão disso, esta pesquisa buscou compreender, por meio dos itinerários terapêuticos, a percepção de pessoas (em sofrimento psíquico e que tinham tido a experiência da internação psiquiátrica) sobre um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de tipo 1 e a internação psiquiátrica em seus percursos de busca de saúde. Foram entrevistadas seis pessoas, de 27 a 52 anos, usuárias de um CAPS tipo I. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e para análise do material transcrito foram adotados os procedimentos inspirados no conceito de indicadores de González Rey e na análise temática de conteúdo. Cinco categorias analíticas foram discutidas: (1) O manicômio está presente, cujos indicadores revelaram a necessidade de fortalecimento da RAPS, pois antes do esgotamento dos recursos territoriais a internação foi utilizada. A hospitalização também ocorreu após a inserção no CAPS e as equipes foram significadas como pouco qualificadas para o cuidar; (2) O CAPS: espaço de convivência e substituto da vida social, cujos indicadores mostraram o serviço como um espaço de acolhimento, respeito, liberdade e confiança, mas, simultaneamente, promotor de dependência ao invés de autonomia, e como único lugar de convívio para alguns entrevistados. Os indicadores se harmonizam com a ideia da nova forma de cronificação produzida no interior dos dispositivos de desinstitucionalização; (3) Como surgem as crises: do sofrimento ao rótulo diagnóstico, cujos indicadores demonstraram que as crises foram desencadeadas por situações concretas de vida geradoras de experiências de sofrimento pela ausência da garantia de direitos de cidadania, como alimentação, renda, trabalho, mediação de conflitos familiares. Tais situações complexas são reduzidas a categorizações diagnósticas, transformando-se em rótulos reducionistas das experiências de vida; (4) Medicamentos psicotrópicos servem pra quê?, cujos indicadores mostraram uma multiplicidade de sentidos atribuídos aos psicotrópicos, por exemplo: curar, controlar, ser coadjuvante de outro tratamento considerado principal e ser iatrogênico, comparado a um veneno, ou promotor de outra doença ou de obesidade ou de dependência química; (5) Saúde e apoio social, cujos indicadores revelaram a presença de recursos informais nos itinerários terapêuticos, como práticas espirituais e culturais, convivência familiar, apoio de amigos. Como contribuição, este estudo permite refletir sobre possíveis fragilidades da RAPS em município de menor porte a partir dos itinerários dos usuários do CAPS tipo 1 entrevistados, o qual guarda características de convivência e substituto da vida social, destinando o cuidado da crise aos serviços de urgência e internações. Os serviços de atenção primária não aparecem como ponto de cuidado.

Palavras-chave: itinerário terapêutico; serviços de saúde mental; atenção psicossocial; internação psiquiátrica.

Abstract

This research's theme is inserted in the mental health field. The study of the therapeutic itineraries through the perspective of the users of health services is not yet a topic that receives much emphasis in the scientific realm, thus neglecting the active participation of the primary recipients of the complex social process known as Psychiatric Reform in the understanding of their centrality in the caring process. For this reason, this research sought to understand, through the therapeutic itineraries, the perception of people (that are in psychic suffering and that had been through the experience of psychiatric hospitalization) about a type 1 Center for Psychosocial Support (CAPS) and the psychiatric hospitalization throughout their path in search for health. Interviews were conducted with six people, between the ages of 27 and 52, patients in a type 1 CAPS. This is a qualitative research and, for the analysis of the transcribed material, it adopted the procedures inspired in the concept of indicators by González Rey and in the content thematic analysis. Five analytical categories were discussed: (1) The mental hospital is present, whose indicators revealed the need for strengthening RAPS, because before the depletion of territorial resources the hospitalization was used. The hospitalization also took place after the insertion in the CAPS and the teams were indicated as poorly qualified for the caring; (2) The CAPS: an interaction space and a substitute for social life, whose indicators show the service as a foster, respectful, free and reliable space, but, at the same time, promoter of dependency instead of autonomy, and as the only living space for some of the interviewees. The indicators blend with the idea of the new form of chronification created inside the deinstitutionalization devices; (3) How do crisis occur: from the suffering to the diagnostic label, whose indicators showed that the crisis were triggered by concrete life situations that generated suffering experiences due to the absence of citizenship rights guarantees, such as food, income, employment, family conflicts mediation. Such complex situations are reduced to diagnostic categorizations, transforming into reductionist labels of life experiences; (4) What is the purpose of psychotropic medication?, whose indicators showed a multiplicity of meanings assigned to the psychotropics, for example: healing, controlling, being an accessory to another treatment seen as the main one, and being iatrogenic, compared to a poison or promoter of another disease, obesity, or chemical dependency; (5) Health and social support, whose indicators revealed the presence of informal resources in the therapeutic itineraries, such as spiritual and cultural practices, family interaction, friends' support. As a contribution, this study allows for a reflection about the possible fragilities of RAPS in smaller towns, taking into account the itineraries of the type 1 CAPS users that were interviewed, which holds characteristics of interaction and substitute of social life, allocating the caring of crises to the urgency and hospitalization services. Primary care services aren't considered a point-of-care.

Key words: Therapeutic itinerary. Mental health services. Psychosocial support. Psychiatric hospitalization

Lista de ilustrações

Figura 1 – Itinerário Terapêutico de Célia.....	75
Figura 2 - Itinerário Terapêutico de Livia.....	77
Figura 3 - Itinerário Terapêutico de Alcione.....	78
Figura 4 - Itinerário Terapêutico de Públio.....	79
Figura 5 - Itinerário Terapêutico de Margarida.....	81
Figura 6 - Itinerário Terapêutico de Alba.....	82

Lista de tabelas e quadro

Quadro 1 – Categorias e indicadores construídos a partir das entrevistas.....	71
Tabela 1 – Caracterização das pessoas participantes.....	74
Tabela 2 – Serviços nos quais já foi atendida cada pessoa participante.....	83
Tabela 3 – Recursos não- médicos presentes no itinerário terapêutico das pessoas participantes.....	110

Lista de abreviaturas e siglas

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP (UFU) - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNDH - Conselho Nacional de Direitos Humanos CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONAD - Conselho Nacional de Política sobre Drogas

CT - Comunidade Terapêutica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EC 95 – Emenda Constitucional 95

HP - Hospital Psiquiátrico

IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Serviço Social

IPI - Internação Psiquiátrica Involuntária

IPV - Internação Psiquiátrica Voluntária

IPVI - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária

IT - Itinerário Terapêutico

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NT - Nota Técnica

PA - Pronto Atendimento

PPA - Plano de Pronta Ação

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SHR - Serviço Hospitalar de Referência

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR - Técnico de Referência

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1. Introdução	13
1.1 Manicômios, Reforma Psiquiátrica e a questão da internação no Brasil.....	19
1.2 Denúncias sobre maus tratos em hospitais psiquiátricos na década de 1970 e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	27
1.3 Do nascimento dos serviços substitutivos à criação da Rede de Atenção Psicossocial .	30
1.4 Diálogo com a literatura	38
1.5 Ainda há espaço para a internação psiquiátrica?	40
1.6 Justificativa da pesquisa e objetivos	53
2 Percurso metodológico	57
2.1 A entrada em campo: a aproximação com o CAPS e os convites para as entrevistas....	59
2.2 Aspectos éticos	66
2.3 Procedimentos de análise.....	68
3 Resultados e Discussão	72
3.1 Apresentação dos participantes e seus itinerários terapêuticos	72
3.2 Categorias e indicadores	84
Categoria 1: O manicômio está presente	84
Categoria 2: O CAPS funciona como espaço de convivência e substituto da vida social?	90
Categoria 3: Como surgem as crises: do sofrimento ao rótulo diagnóstico.....	97
Categoria 4: Medicamentos psicotrópicos: servem para quê?	103
Categoria 5: Saúde e apoio social	110
Considerações finais.....	117
Referências	118
Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista	127
Anexos.....	128
Anexo 1 – Parecer do CEP	129
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	135

1. Introdução

Nasci em 1963. Até os oito anos de idade eu vivi com meus quatro irmãos e meus pais numa propriedade rural. Fui alfabetizada por minha mãe, que se valeu dos materiais didáticos utilizados por meu irmão mais velho, o qual concordou em morar na companhia de tios na cidade de Ituiutaba quando atingiu a idade do ingresso escolar, que naquela época era aos sete anos. Eu me recusava a me separar da minha família para iniciar os estudos. Contudo, essa rebeldia fez minha mãe cumular ao papel de mãe o de minha professora particular em domicílio. Essa experiência descortinou o mundo ensino-aprendizagem de uma forma tão significativa para mim, que eu nunca mais parei de estudar.

O tempo passou e eu me deparei graduada em psicologia, e em pouco tempo fui aprovada para o cargo de psicóloga em concurso público municipal na cidade de Santa Vitória - MG, onde vivia com meu marido e nosso casal de filhos. A maior parte dos 30 anos de exercício das atribuições pertinentes ao cargo, eu desempenhei na área da saúde, mas tive experiência também em um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e na Secretaria Municipal de Educação, auxiliando na gestão de casos complexos nas nove unidades escolares municipais.

Nesse trabalho com as três políticas públicas que compõem a seguridade social (Saúde, Educação, Assistência Social), sempre me chamou a atenção o quanto um contexto pode ser fator decisivo na compreensão de um problema apresentado inicialmente como individual. Um aluno considerado indisciplinado pela equipe pedagógica da escola, na verdade poderia estar denunciando um contexto familiar de violência. Um usuário do CRAS que queixa a dificuldade de emprego e renda pode estar revelando um contexto político-econômico no qual o mercado o exclui por ser um ex-presidiário. Uma pessoa apresentada pela família à rede de saúde mental como portadora de um risco de atentar contra a própria vida, pode estar denunciando uma circunstância familiar de incompreensão e exclusão.

Todas essas reflexões, que nasciam no cotidiano da prática, fizeram brotar em mim o desejo de compreender melhor as relações entre o individual e o social. Quanto ao meu interesse específico em pesquisar no campo da saúde mental surgiu em 2006 quando eu tive o primeiro contato com o Caderno 34 do Ministério da Saúde – Linha Guia da Saúde Mental (Brasil, 2006). Até então, no campo do exercício profissional da psicologia, eu dividia meu interesse e dedicação entre a atividade no serviço público e a atividade privada em consultório particular. Eu não me sentia realizada profissionalmente, porque vivia um conflito.. Embora já acumulasse quatro graduações (música, psicologia, pedagogia e direito) eu sofria de uma inquietação, de uma busca incessante de sentido para minha prática profissional. Nascida e criada em uma família relativamente abastada, cujos membros em sua maioria relacionavam felicidade a acumulação e lucro, eu vivia um dilema que foi gradativamente transformado. Fechei definitivamente o consultório particular e passei a me dedicar integralmente a tudo quanto colaborava para a formação de um perfil profissional direcionado para o trabalho com políticas públicas.

A partir desse interesse, e após mais de uma década de dedicação exclusiva ao serviço público, surgiu a oportunidade de cursar o mestrado acadêmico no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, na linha de pesquisa Processos Psicossociais em Saúde e Educação.

Durante esse percurso na saúde mental, a questão da internação surgia como um desafio para o encontro de uma prática capaz de impedir esse mecanismo de segregação. Trabalho em rede, matriciamento, articulação com as famílias e com as demais políticas públicas, participação política do usuário eram temas presentes no meu cotidiano de trabalho. Ainda assim, continuávamos internando. Surgiu então o interesse em pesquisar o itinerário percorrido pelas pessoas que são internadas em instituições psiquiátricas.

Quando uma pessoa adoece, ela faz um percurso em busca de tratamento. Essa pesquisa se justifica porque o conhecimento dos serviços, saberes e práticas de cuidado que a pessoa efetivamente escolhe e usa na trajetória que compõe o exercício do direito à saúde, pode dar visibilidade ao modo como na prática se efetiva esse cuidado.

São conceitos relevantes para esta pesquisa: a noção de pessoa e de itinerário terapêutico (I.T.). O conceito de pessoa utilizado nesta pesquisa é o do Caderno 34 do Ministério da Saúde (2013) –“*Linha guia da saúde mental para a atenção básica*” - em consonância com o qual a “pessoa seria um conjunto de dimensões interdependentes, um sistema aberto, que mantém certa estabilidade e noção de unidade, mas em constante transformação” (2013, p. 33). Com efeito, toda pessoa em sua complexidade de dimensões, é integrada por vários aspectos, tais como: aspectos culturais, educacionais, ocupacionais, políticos, e familiares. Nestas diferentes dimensões a pessoa pode vivenciar vários papéis, ligados à sua história e sua perspectiva de futuro. E é a partir dessa perspectiva do conceito de pessoa – e não de paciente ou doente - que o usuário do serviço de saúde mental deve ser acolhido para acessar o cuidado integral. Entendemos, assim, que os cuidados não devem se voltar apenas à supressão de sintomas de doenças psiquiátricas, Assim, neste estudo, adotaremos a expressão “pessoa em sofrimento psíquico” para nos referirmos aos usuários da rede de atenção psicossocial.

Quanto ao conceito de itinerário terapêutico, é oportuno contextualizar que, tendo em vista que esta pesquisa pretende discutir a compreensão do itinerário terapêutico de usuários de um serviço público de saúde mental egressos de internação psiquiátrica, recorreremos aos estudos do campo da Antropologia Cultural para delimitar sua origem e aplicabilidade em contextos de saúde. As primeiras reflexões acerca do tema itinerário terapêutico foram ligadas ao comportamento do enfermo (*illness behavior*), termo criado por Mechanic e Volkart em 1960 (citado por Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade & Cherchiglia, 2011), cuja premissa era

de que os indivíduos se orientavam dentro da lógica do consumo para satisfazer suas necessidades em saúde, ou seja, dentro do campo da relação custo-benefício. A partir da década de 1980, com a influência da antropologia médica, fatores cognitivos, culturais e sociais passaram a ser considerados na análise do comportamento sobre procura de serviços. Nessa perspectiva, Arthur Kleinman tornou-se uma referência sobre os Modelos Explicativos e Sistemas de Atenção à Saúde, cujas definições nos são trazidas por Cabral et al. (2011, p. 4434): “modelos explicativos são as concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados em processo clínico e que vão definir qual setor do Sistema de Atenção à Saúde será acionado no processo de cuidado” (Kleinman, 1980 apud Cabral et al, 2011, p.4434). Com relação aos sistemas de atenção à saúde, aduz:

Sistemas de Atenção à Saúde são constituídos por três setores que caracterizam práticas de cuidado de natureza diversas: o profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina, homeopatia, etc), o popular (cuidados caseiros, autocuidado) ou o folk (práticas místicas e religiosas de cuidados) (Kleinman, 1980apud Cabral et al, 2011, p.4434).

Gerhardt, Burille e Müller (2016) esclarecem que, embora Kleinman proponha diferentes sistemas terapêuticos de acordo com as diferentes interpretações de doença e as diferentes práticas terapêuticas, não há um aprofundamento da experiência do adoecer relacionada ao contexto sociocultural no qual as pessoas estão inseridas e ao modo como esse contexto influencia nas respostas a um dado episódio de doença.

A literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para definir o passo a passo constitutivo do percurso que uma pessoa faz ao tomar decisões que sustentam ações para cuidar das necessidades em saúde. Assim, itinerários terapêuticos são todos os movimentos desencadeados por indivíduos na preservação ou recuperação da saúde, havendo a mobilização de diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas

religiosas até os dispositivos da rede de saúde. Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que constrói uma determinada trajetória realizada por uma pessoa na busca de recursos para resolver suas demandas e necessidades de saúde (Cabral et al., 2011).

No Brasil, a intenção dos gestores que planejam, organizam e avaliam os serviços de saúde é subsidiar estratégias que garantam o acesso, o vínculo e a adesão ao tratamento proposto. Todavia, os caminhos percorridos pelas pessoas com demandas em saúde não necessariamente coincidem com os fluxos previamente estabelecidos. A abordagem dos itinerários terapêuticos pode oferecer visibilidade para mostrar opções de cuidado distintas daquelas ofertadas nos serviços de saúde, revelar práticas de cuidado de naturezas diversas, e assim evidenciar o pluralismo terapêutico das intervenções que compõem o cuidado integral (Cabral et al., 2011). Ou seja, é uma abordagem que enriquece a aproximação com a realidade dos saberes e práticas em saúde na perspectiva do usuário.

A temática do presente estudo é o itinerário terapêutico das pessoas que já passaram pela experiência da internação psiquiátrica. A adoção do estudo do itinerário terapêutico de uma pessoa que faz uso do serviço de saúde mental pretende investigar se as decisões tomadas em busca de cuidado direcionam-se apenas a serviços de saúde formais, ou se incluem também o cuidado em família e os cuidados caseiros, o autocuidado, as práticas religiosas e místicas e as redes de apoio (Cabral et al., 2011). Todas essas facetas do cuidado – formal e informal – são englobadas pela noção de I.T.

Para desenvolvimento da dissertação foi elaborado um capítulo inicial com a revisão da literatura, um segundo capítulo com os aspectos metodológicos e um terceiro com os resultados e discussão da pesquisa.

O capítulo inicial traz uma abordagem do tratamento psiquiátrico no Brasil. Como era esse tratamento antes de 1970 e como essa década representa também o marco temporal histórico no qual as denúncias sobre maus tratos em hospitais psiquiátricos tomaram corpo

gradativamente, demonstrando a necessidade de novos serviços, substitutivos ao grande hospital. O surgimento e expansão dos CAPS, as dificuldades para a consolidação desse novo paradigma de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Como está hoje a questão das internações psiquiátricas? Ao final apresenta-se a justificativa e os objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo contemplou o desenvolvimento da pesquisa na perspectiva qualitativa. Dentre os aspectos metodológicos descritos estão os critérios de inclusão e exclusão para ser entrevistado por meio de um roteiro semiestruturado, o convite para a realização da entrevista e as condições de sua realização. Também abordo as dificuldades referentes à entrada em campo, a descrição da estrutura física do CAPS, a composição da equipe e aspectos de sua dinâmica de funcionamento. Por fim, os aspectos éticos e os procedimentos de análise.

O terceiro capítulo aborda os resultados e a discussão. A partir de categorias de análise, as falas das seis pessoas entrevistadas foram agrupadas em blocos, formando uma “base de dados” para apreensão do modo como a participante da pesquisa significava aquele aspecto do fenômeno itinerário terapêutico. Até o momento do exame de qualificação, a partir dos resultados parciais foram propostas cinco categorias: (1) As explicações sobre o problema de saúde mental segundo os participantes; (2) Itinerários terapêuticos; (3) O papel dos medicamentos; (4) O que é importante para ter saúde mental?; (5) Rede de apoio e vida laborativa. Após essa etapa, retomei a leitura atenta das categorias e procedi a uma (re)análise do material. Desse processo resultou a apresentação dos itinerários terapêuticos e em seguida de cinco categorias temáticas: (1) O manicômio está presente; (2) O CAPS como espaço de convivência e substituto da vida social; (3) Como surgem as crises: do sofrimento ao rótulo diagnóstico; (4) Medicamentos psicotrópicos servem pra quê?; (5) Saúde e apoio social. A discussão desse material foi redigida conjuntamente à apresentação dos resultados.

Por fim, foi redigido um capítulo com as considerações finais da pesquisa.

1.1 Manicômios, Reforma Psiquiátrica e a questão da internação no Brasil

Para entender a internação psiquiátrica no Brasil nos dias atuais, é preciso (re) fazer um longo percurso, buscando pistas sobre quando essa prática teve início nesse país. Este capítulo inicial se propõe a isso.

À época do Brasil Colônia, não existia a internação de pessoas identificadas socialmente como loucas. Aqueles com origem em famílias mais ricas eram mantidos isolados em suas casas, longe dos olhares curiosos, e se fossem pobres e mansos, compunham os cenários dos campos, vilas, aldeias e cidades, perambulando pelas ruas e estradas em total liberdade e desfrutando da tolerância social (Engel, 2001). O principal ofício no período do Brasil Colônia era o de artesão, a atividade econômica preponderante era a manufatura e os valores eram os próprios de uma vida tipicamente rural. Isso certamente contribuiu para a complacência da sociedade com a permanência do louco em liberdade (Oda & Dalgalarrodo, 2004). Se, por outro lado, não fossem mansos, havia uma prática de reclusão: os loucos eram enviados às prisões, como forma de punição e isolamento social, onde permaneciam, muitas vezes, por toda a vida (Engel, 2001).

Mas não seria assim para sempre, porque os fatos sociais fazem a história se mover. Especialmente após a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro, em 1808, e a Independência do Brasil, em 1822, os centros de poder aos poucos foram se deslocando para os espaços urbanos, havendo o aumento progressivo da importância e da urbanização das cidades, de acordo com padrões importados da Europa (Oda & Dalgalarrodo, 2004). Nesse cenário, iniciaram-se as críticas da população contra a continuidade dos loucos em liberdade (Bastos, 2007). As reclamações chegariam ao poder público para que tomasse providências enérgicas e os retirasse de circulação (Oda & Dalgalarrodo, 2004).

Nesse propósito, as Santas Casas de Misericórdia das cidades maiores passaram a recolher os loucos ao longo do primeiro reinado (1822-1831) e das regências (1831-1840) (Bastos, 2007). A Irmandade de Misericórdia havia chegado ao Brasil em 1543 com a fundação da Santa Casa de Santos, tendo suas atividades - inicialmente de abrigo, alimentação e assistência religiosa - sustentadas por donativos sociais e por subvenções do governo provincial. Tais instituições espalharam-se pelas grandes cidades do território brasileiro e ampliaram suas atividades passando a reservar acomodações em seus hospitais para os denominados “insanos mentais” (Figueiredo, 2000), inicialmente em enfermarias dentro das próprias Santas Casas e depois em anexos a essas instituições (Oda & Dalgalarrodo, 2004). Ali os loucos eram jogados em porões infectos, sendo os mais agitados amarrados, ou espancados pelos guardas, depois de presos ao tronco (Bastos, 2007), instrumento de tortura destinado aos escravos, no qual eles eram presos pelos pés e mãos (Oda & Dalgalarrodo, 2004).

O discurso médico sobre os alienados já estava presente no Brasil desde o início do século XIX e foi importante tanto para o objetivo de destinar um local exclusivo de tratamento para os loucos quanto para, simultaneamente, criar as condições para que a instituição médica se apropriasse da loucura como único saber capacitado para compreender, tratar e curar a alienação mental. Criada em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro viria a se tornar órgão oficial por meio de um decreto em 1835. A instituição contemplava um projeto mais geral de intervenção da corporação médica no espaço urbano em crescimento. A preocupação com o tratamento dispensado aos alienados se inseria nesse projeto e médicos como Jobim, Sigaud e De-Simoni defendiam que os pobres alienados precisavam de um lugar privativo para eles, pois a loucura era uma doença especial e o lugar dos loucos não era entre os doentes das Santas Casas (Oda & Dalgalarrodo, 2004).

Vários textos médicos daquela época expressavam esse caráter retórico visando ao convencimento político. Um exemplo é o do italiano naturalizado brasileiro, Dr. Luiz Vicente De-Simoni, escrito em 1839, sobre a necessidade de criação de um estabelecimento especial para tratamento dos alienados. De-Simoni era integrante da Academia Imperial de Medicina, foi médico e diretor da Santa Casa da Corte, mestre das princesas filhas do Imperador. Homem ilustre para realizar as obras da civilização a que se propunha à elite culta brasileira e para pregar os ideais reformadores. Defendeu que os métodos comuns de tratamento físico (sangrias venosas, aplicação de substâncias cáusticas na pele, aplicação de substâncias laxantes e provocadoras de vômitos) e os remédios das farmácias seriam insuficientes para tratar a loucura sem os princípios e métodos terapêuticos do tratamento moral, cuja aplicação necessitava de um ambiente muito peculiar e isso era reiteradamente escrito pelo autor no artigo em questão (Oda & Dalgalarro, 2004). Foram textos com tais argumentos que levaram os políticos da época a construírem hospícios exclusivos, por exemplo, o primeiro grande manicômio da América Latina com base no alienismo francês, o Hospício Pedro II (Guimarães, Borba, Larocca, & Maftum, 2013).

No Brasil, o Hospício Nacional de Alienados Pedro II foi o primeiro lugar para tratar exclusivamente os alienados¹, sobretudo os loucos pobres. Foi inaugurado em 1852, anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Corte, no Rio de Janeiro, e permaneceu nessa condição jurídica de instituição religiosa até 1890, quando o governo republicano o tornaria estatal, desanexando-o da Santa Casa. Nesse contexto, sob a influência de médicos da época, progressivamente os alienados passam a ser objeto do discurso da ciência e da intervenção do Estado Brasileiro (Machado, Loureiro, Luz & Muricy, 1978, citado em Oda & Dalgalarro, 2004).

¹ Termo comum à época para se referir à loucura. O detalhamento da expressão loucura é feito por Paulo Amarante, em *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados* (2017, p. 17).

Após a inauguração do primeiro hospício, em 1852, outras instituições com finalidade semelhante surgiram em diferentes pontos do território brasileiro. Fora da capital Imperial, durante o Segundo Reinado (1840-1889), movimentos de institucionalização dos alienados aconteceram em várias províncias: Pará, Bahia, Ceará, Rio Grande do Sul, São Paulo e Pernambuco. A análise de 49 relatórios provinciais, em estudo de Oda e Dalgarrondo (2005), revelou que esse processo foi marcado pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, legitimidade da reclusão dos alienados em instituição própria - o hospício. Nos relatórios, os presidentes das províncias ressaltavam a alta mortalidade dos alienados dentro dos hospícios², o aumento gradativo de internos, a presença pouco significativa de médicos para a quantidade de alienados. Mas somente no início do século XX é que os médicos conseguiram se instalar na direção dos Hospícios de Alienados, ocupando funções administrativas antes vinculadas ao âmbito religioso nos hospitais de caridade (Oda & Dalgarrondo, 2005).

Os hospícios de alienados ficariam rapidamente superlotados de internos e uma tentativa de conferir algum grau de potencial terapêutico à instituição psiquiátrica ocorreu com a proposta das “colônias de alienados”, no final do século XIX e início do século XX. Eram hospitais instalados em grandes áreas com características rurais, com pavilhões de internação e com área para o trabalho, pois o tratamento era associado ao “trabalho terapêutico”. As primeiras colônias de alienados brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República, no Rio de Janeiro. Até a década de 1950, dezenas de colônias surgiram por todo o Brasil. Por exemplo, a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos (Amarante, 2013). A Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, foi retratada em dois documentários: “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton (1979), e “Holocausto

² Nos documentos do século XIX, os termos asilo, hospício ou hospital eram usados indistintamente como sinônimos, no sentido de hospedagem destinada a quem dependesse da caridade pública (Oda & Dalgarrondo, 2004).

Brasileiro”, inspirado no livro homônimo da Jornalista Daniela Arbex (2017), em memória às 60.000 pessoas que morreram naquele hospital psiquiátrico no início do século XX.

Num movimento de repetição, as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais: ineficazes, superlotadas e desumanizadas (Amarante, 2013).

No século XX, despontou a figura de Juliano Moreira, psiquiatra baiano que foi nomeado diretor do Hospício Pedro II, em 1902, e presidiu a Assistência Médico-Legal por mais de três décadas no início do século XX. Ele é citado por Bastos (2007) como responsável pela instalação da influência dos autores alemães em relação à loucura no Brasil:

No início, os alienistas praticavam uma neuropsiquiatria, de inspiração nitidamente francesa, baseada nas obras de Pinel, Esquirol, Magnan, Chaslin, Babinski, Pitres e Régis etc. Os regulamentos dos hospícios de alienados seguiam as orientações pinelianas: a busca da razão e a luta contra a “desrazão”. Após Juliano Moreira assumir a direção do Hospício Nacional de Alienados, a influência germânica instalou-se no país. São conhecidos os trabalhos de Griesinger, Bonhoeffer, Birnbaum, Kraepelin, Lange e muitos outros. (p. 155)

O conceito de alienação mental, ligado à noção de perda do juízo e irracionalidade, nasceu associado com a ideia de periculosidade. Amarante, ao mencionar psiquiatras alemães, faz referência a Emil Kraepelin, que defendia a ideia de que todo alienado constitui, de algum modo, um perigo para a sociedade, para a família, mas também para si mesmo (Amarante, 2013).

Juliano Moreira buscou conferir um caráter científico à psiquiatria brasileira. Sua política de construção de hospitais era hegemônica, baseada no entendimento de que “o asilo teria uma função preventiva e só deveria acabar quando a doença mental fosse erradicada” (Medeiros, 1977, citado em Paulin & Turato, 2004, p. 244). Um discípulo de Juliano Moreira, Aduino Botelho, assumiu o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), em 1941.

Naquela época, os hospitais públicos eram responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos. Os “famosos asilos [...] exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental” (Paulin & Turato, 2004, p. 243). Em 1945, a nomenclatura “hospital” foi estabelecida como espaço de atuação da psiquiatria como especialidade médica. O Código Brasileiro de Saúde condenava as denominações “hospício”, “asilos”, “retiro”, “recolhimento”, reconhecendo a categoria hospital (Paulin & Turato, 2004).

A administração de Adauto Botelho à frente do SNDM perdurou de 1941 a 1954 e, nesse período de 13 anos, o Decreto nº 8550, de 1946, contribuiu para a expansão dos hospitais públicos. Esse decreto autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais³. Essa legislação ocasionou uma grande expansão na construção dessas instituições. Vários estados como Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas criaram hospícios com características de hospitais colônias, caracterizados pelo afastamento das cidades e por precariedade das condições (Sampaio, 1988, citado em Paulin & Turato, 2004).

Ao final da primeira metade do século XX, a assistência psiquiátrica no Brasil era marcada por práticas que iam desde a lobotomia, realizada em modernos centros cirúrgicos de algumas instituições, até as práticas mais corriqueiras e não menos punitivas, como as terapias biológicas (medicamentos de forma excessiva, choque cardiazólico, insulino-terapia, eletroconvulsoterapia) e as terapias herdeiras do tratamento moral, de Pinel, baseadas em atividades laborais e de restrição física (praxiterapia, como forma de ocupação, cubículo ou cela forte, lençol e camisa de força, contenção no leito com faixas de algodão) (Guimarães et al., 2013).

No Brasil, o hospital psiquiátrico privado surgiu nos anos 50 do século XX para atender a uma nova classe social urbana: a classe trabalhadora da indústria, que se

³ “Os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, arcar com as despesas de manutenção e pagar a folha salarial, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos” (Sampaio, 1988, citado em Paulin & Turato, 2004, p. 243).

desenvolvia a partir do governo de Juscelino Kubitscheck e que exigia melhor qualidade de atendimento na saúde. A primeira instituição psiquiátrica particular do país, no entanto, tinha sido criada em 1860 no Rio de Janeiro: A “Casa de Saúde Dr. Eiras” tinha 40 leitos e não havia sido incorporada aos institutos de previdência e pensão (Paulin & Turato, 2004). Foi na década de 1950 que essa incorporação ocorreu por meio de um convênio com o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), visando à construção de um pavilhão para os previdenciários. Esse convênio pode ser considerado o “marco inicial das internações em hospitais particulares, por meio da hospitalização de previdenciários” (Paulin & Turato, 2004, p. 245). Isso foi possível porque houve um marco normativo que deu respaldo para a internação psiquiátrica em hospital particular. Foi o Decreto-lei nº 3138, de 24 de março de 1941, que dispôs sobre a prestação de assistência médica pelos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões aos chamados “doentes mentais” que fossem seus segurados ou associados.

A partir de 1964, os hospitais públicos, que então se encontravam em condições precárias, ficaram destinados aos indigentes, isto é, brasileiros que não contribuía com a previdência social, e os hospitais privados atendiam aos segurados e seus dependentes. O governo militar buscou sua legitimação como poder político junto aos grupos sociais excluídos e investiu na estratégia de ampliar a cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam. Em 1967, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), sustentado por duas correntes opostas: uma que defendia o fortalecimento da rede pública de saúde com propostas voltadas para ações mais comunitárias e outra que optava pela contratação de terceiros para prestar o serviço. Foi com o argumento ideológico das precárias condições dos hospitais da rede pública que a prática que restou prevalente à época foi a contratação de leitos em hospitais privados (Paulin & Turato, 2004).

Figueiredo (2000) enfatiza que o problema maior no Brasil em relação aos modelos assistenciais à saúde mental ocorreu na segunda metade do século XX, quando “hospitais públicos e privados encarceraram doentes mentais sob o pretexto de tratamento, e boa parte deles com escusos fins lucrativos” (p. 133). Havia duas espécies de hospitais, os públicos estatais e os privados, com um ponto em comum: só ofereciam como recurso terapêutico a internação hospitalar. O sistema de assistência psiquiátrica era, portanto, integralmente hospitalocêntrico. Os hospitais públicos eram mantidos pelo Ministério da Saúde - criado em 1953 - e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A assistência era prestada em macro hospitais para a população indigente, que era aquela sem direito à previdência, e em grande desvantagem social. O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) - criado em 1974 - por sua vez, prestava assistência aos segurados (trabalhadores) e seus dependentes, que contribuíam com a previdência. O Plano de Pronta Ação (PPA), de 1974, teve por objetivo expandir os níveis de cobertura do sistema. O MPAS não tinha rede própria e comprava serviços da rede privada, cujo pagamento era feito por unidade de serviço, que acabou se transformando em um fator incontrolável de corrupção, que derivava de algumas distorções, pois esse sistema acarretava tanto no pagamento por serviços que não eram produzidos ou eram produzidos, mas não eram necessários, quanto por serviços que eram necessários, mas poderiam ser realizados com racionalidade, conforme informa Amarante (2017) apoiado em Mello (citado em CEBES, 1980).

A política de privatização do MPAS era acompanhada de um expressivo *lobby* que impedia uma modificação na política de serviços. As clínicas privadas, remuneradas com recursos públicos do MPAS, tinham taxa de ocupação invariavelmente de praticamente 100%, em razão do mecanismo de financiamento, que funcionava como um estímulo a manter o paciente internado por longos períodos. Era comum o expediente do leito-chão, quando a

previdência pagava pelo serviço da internação, mas sem o leito correspondente (Amarante, 2017).

No Brasil, anteriormente à década de 1970, mas também durante essa década e a de 1980, o tratamento realizado dentro dos manicômios era desumano. A década de 1970 marca o início das denúncias contra esse cenário desumanizante.

1.2 Denúncias sobre maus tratos em hospitais psiquiátricos na década de 1970 e a Reforma Psiquiátrica Brasileira

A experiência das duas grandes guerras produziu maior reflexão sobre a natureza humana. A sociedade passou a ser informada sobre as condições de vida no asilo e, como consequência da reflexão sobre esse panorama, constatou-se semelhança entre as condições de vida nos campos de concentração e nas instituições psiquiátricas em diferentes países, surgindo o ambiente propício para outras experiências de reforma (Amarante, 2013). No caso do Brasil, foi apenas a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, que surgiu o cenário fértil para que o argumento do resgate da cidadania do louco inspirasse o processo da reforma psiquiátrica (Tenório, 2002).

As técnicas desumanas de tratamento, juntamente com a constatação da superlotação nos manicômios e da segregação dos segmentos marginalizados da população, fizeram a sociedade brasileira começar a se movimentar contra o modelo manicomial de assistência psiquiátrica. Na década de 1970, houve denúncias de violação de direitos humanos dos pacientes internados e isso produziu uma queda na credibilidade do hospital e da psiquiatria (Amarante, 2013).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu em 1978, no Rio de Janeiro, no contexto da redemocratização, e tornou-se um ator social estratégico para as reformas no campo da saúde mental. Esse movimento surgiu a partir de uma série de

denúncias feitas por jovens médicos psiquiatras sobre as precárias condições nos hospitais do Ministério da Saúde (MS), o qual respondeu com a demissão de 260 profissionais (Amarante, 2017). As denúncias tinham por objetivos principais: conclamar a sociedade civil para participar da tomada de decisões, inverter a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), de privatizante para estatizante, e implantar alternativas de cuidado extra-hospitalares (Amarante, 2017).

Além das denúncias de violência, maus tratos, abandono, superlotação e morte nos hospícios, contribuíram para deflagrar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira as denúncias de fraude no sistema de financiamento de serviços e de ineficiência da assistência. As críticas eram dirigidas aos excessos ou desvios da psiquiatria e “apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico” (Tenório, 2002, p. 32).

Portanto, a expressão Reforma Psiquiátrica denota um movimento iniciado na segunda metade da década de 1970, questionando os próprios pressupostos da psiquiatria e condenando os seus efeitos de normatização e controle. A Reforma não defende a crítica ao asilo, visando ao seu aperfeiçoamento e humanização. Pelo contrário, tem como argumento originário o reclame da cidadania do louco, que assume o *status* de valor organizador da Reforma:

A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si. (Tenório, 2002, p. 28)

Amarante (1995), ao escrever sobre novos sujeitos e novos direitos, aponta a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo constituído por várias dimensões simultâneas

e interrelacionadas: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. No aspecto teórico-conceitual, o autor considera importante compreender a “doença mental” – ou preferimos aqui, o diagnóstico recebido - no conjunto da existência global e complexa da pessoa e não como um objeto natural. A partir dessa mudança conceitual e das inovações surgidas no campo do cuidado, seriam produzidas alterações jurídico-políticas por meio de um novo arcabouço de leis coerentes com essa nova perspectiva. Essa dimensão apontava para a necessidade de desconstrução da imagem do louco associada à (des)razão, à periculosidade, à incapacidade para o trabalho e ao ócio, ratificada nas legislações civil e penal brasileiras. Era necessário um movimento para alterar a legislação com a finalidade de obter um arcabouço jurídico compatível com a nova condição (desejável) de cidadania das pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Esses novos instrumentos normativos permitiriam também a destinação de recursos para novos equipamentos de saúde mental e capacitação sistemática das equipes com a finalidade de uma atuação técnico-assistencial que proporcionasse a transformação da prática de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. E nesse processo complexo, seria imprescindível o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica, possibilitando a construção de novas representações sociais e novos sentidos, e nisso se constituiria a dimensão sociocultural (Amarante, 2013).

Diz o autor que, num primeiro momento, o MTSM procurou entender a função social da psiquiatria e suas instituições, apresentando críticas ao modelo clássico e orientando o pensamento para o conceito de desinstitucionalização:

[...] superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida [...] é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática

que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (Amarante, 1995, p. 494)

Com efeito, essa mudança conceitual produziria desdobramentos positivos na assistência, pois o cuidado desenvolvido em consideração à dimensão ética requer o questionamento de como, por que, quem, quando, onde, o que, em que medida as condições concretas de vida em determinado contexto provocaram aquele arranjo singular do sujeito, revelado por meio de uma crise ou um surto, provocando uma ruptura na harmonização das dimensões de vida que o configuram como uma pessoa. Todas essas formulações interrogativas são incompatíveis como o modelo prescritivo da psiquiatria clássica e da psicologia tradicional, que traz em seu arcabouço as respostas prontas para categorizações preestabelecidas. Assim, a ênfase seria sobre a pessoa e suas experiências, suas dificuldades concretas de vida, num movimento de transformar o extra clínico em clínico, sem reduzir a pessoa a um feixe de sintomas objeto de vigilância, controle e eliminação, com o intuito de manutenção da paz social (Tenório, 2002).

1.3 Do nascimento dos serviços substitutivos à criação da Rede de Atenção Psicossocial

Tenório (2002) explica que, na década de 1980, o sistema de saúde brasileiro constituía um verdadeiro empuxo à internação psiquiátrica e essa realidade foi objeto de questionamento pelos reformadores. O setor conveniado ou contratado, constituído pelos hospitais privados, provinha a internação da clientela pública, mediante remuneração do Estado em forma de diária paga para cada dia de internação de cada paciente. O lucro da instituição privada seria tão maior quanto maior a ocorrência simultânea de três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados, quanto maior o tempo de internação e quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do interno. Junte-se a isso difusão social sobre o hospício como o lugar do louco e a discricionariedade nos critérios, pois a indicação de

internação psiquiátrica poderia conter maior grau de avaliação subjetiva da família e do psiquiatra do que em outras especialidades médicas (Tenório, 2002).

Por conta desse conjunto de fatores favoráveis à internação, a perspectiva sanitária de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência da iniciativa privada e do conservadorismo psiquiátrico. Essa estratégia da iniciativa privada, que lucrava com a política psiquiátrica privatista, deixou-se ver na tentativa de dar um caráter mais congressual e científico à I Conferência Nacional de Saúde Mental, esvaziando o caráter comunitário ou de participação social (Tenório, 2002). Em dezembro do mesmo ano de 1987, foi realizado o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema: “por uma sociedade sem manicômios”, que incorporou a dimensão sociocultural à reforma, ao incluir novos aliados para impulsionarem o processo - usuários, familiares, voluntários, associações e outras entidades da sociedade civil. “A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura” (Tenório, 2002, p. 35).

Nessa perspectiva de oferecer maior amplitude ao movimento e reforçar a dimensão sociocultural da Reforma, o dia 18 de maio foi instituído como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, “visando potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa” (Tenório, 2002, p. 35). Com relação às estruturas de cuidado, não se tratava mais de aperfeiçoar as tradicionais - o ambulatório e o hospital de internação psiquiátrica - mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, e nessa ótica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) seriam dispositivos de cuidado estratégicos para sustentar uma psiquiatria desenvolvida em serviços abertos e de natureza territorial.

De um modo geral, a década de 1980 marcou a chegada dos protagonistas do movimento da reforma sanitária à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, o que

foi possível por meio da vitória oposicionista nas eleições para governador, em 1982, em vários estados (Tenório, 2002). Todavia, foi na década de 1990 que houve a expansão de uma nova mentalidade traduzida em ações para o planejamento, implantação e consolidação do modelo substitutivo ao asilar. Algumas experiências bem sucedidas são marcos inaugurais e paradigmáticos dessa nova prática no Brasil.

Um exemplo de experiência exitosa foi a intervenção, em 1989, efetuada pela prefeitura de Santos-SP na Casa de Saúde Anchieta, uma clínica privada conveniada com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social -Inamps-, isto é, contratada e financiada pelo poder público para prestar assistência à população, que contava com 500 internos à época (Amarante, 1995). Essa clínica absorvia toda a demanda de internação asilar da região e a intervenção foi motivada por denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus tratos. A instituição foi desapropriada por motivo de utilidade pública. Como desdobramento desse processo, houve a criação de uma rede de cuidados, tendo os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) como eixo. O primeiro foi inaugurado na zona noroeste de Santos, a de maior concentração operária (Tenório, 2002). Esse autor diz que a experiência de Santos operou sobre dois pilares fundamentais para a mudança na concepção de tratamento: a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e simultaneamente a edificação de uma nova atitude da sociedade em relação às pessoas em sofrimento psíquico. Como consequência, as ações de assistência passam a extrair sua legitimidade e seu sentido no agenciamento positivo do pertencimento social do louco.

Outra experiência inspiradora ocorreu em São Paulo. Se em Santos a experiência consistiu em um programa de políticas públicas, que incluía uma rede de cuidados em condições operacionais de dar conta da demanda regional, a do CAPS Luiz Cerqueira referiu-se a essa unidade específica da rede pública do Estado de São Paulo, que fez um questionamento da clínica psiquiátrica, não para negá-la, mas para produzir um novo modo de

fazer e conceber o sofrimento psíquico, seu tratamento e cura (Tenório, 2002). Tenório fala da clínica como ação social, sem dispensar os instrumentos da psiquiatria, como a medicação e a internação, porque para ele a clínica do CAPS não dispensa a tradição.

Para o autor, o essencial na reforma é manter o louco na vida social, para que ele possa, “nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica, exercer-se como sujeito” (Tenório, 2002, p. 55). Entendo que esses constrangimentos não decorrem de uma condição individual, mas do modo como as relações são estabelecidas com a pessoa em sofrimento psíquico, por ser a loucura algo contextual e não individual. Quanto menos verticalizadas as relações e mais participação política da pessoa, maiores esclarecimentos emergem dos fatos sociais relacionados ao contexto no qual a loucura surge.

Os CAPS e os NAPS foram constituídos como unidades de saúde local/regional para prestarem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, embora os CAPS não estejam, na realidade concreta, obrigados a terem a mesma capacidade de resolução para as emergências e dar conta da totalidade da demanda de saúde mental da região de referência, como ocorre com os NAPS. Essa diferença ocorreu em razão do histórico do surgimento desse dispositivo em Santos, no sentido mais amplo e complexo de um programa, e não apenas de um serviço de saúde mental (Tenório, 2002).

Nesse momento, é importante assinalar que as inovações surgidas no campo do cuidado eram, depois, incorporadas ao campo das portarias e resoluções em saúde mental. Portanto, o nascimento do primeiro CAPS antecedeu a portaria que regulamentou esse serviço. Nesse contexto, Tenório (2002) relata que a iniciativa de revisão da legislação brasileira intensificou o debate e a popularização da causa da Reforma, cuja discussão não ficou restrita aos meios especializados. Isso aconteceu porque a tramitação do projeto de lei que viria a ser denominado, após aprovado, de Lei da Saúde Mental (Lei 10.216/2001) durou mais de 10 anos desde a apresentação pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG) em 1989. Nesse

período, oito Estados aprovaram leis regulamentando a assistência na perspectiva dos serviços substitutivos: RS, CE, PE, RN, MG, PR, DF, ES (Amarante, 2013). Entre 1989 e 2001, as portarias 189/91 e 224/92 do MS, que regulamentaram os CAPS e os NAPS em plano nacional, abriram a possibilidade para que o SUS financiasse outros procedimentos assistenciais diferentes do simples leito/dia ou consulta ambulatorial. Com tal abertura, entre 1991 e abril de 1995, houve redução de 14 mil leitos, encerramento das atividades em 30 hospitais privados e foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial (Amarante, 1995).

A resistência ao progressista projeto de lei do deputado Paulo Delgado ocorreu no Senado Federal, que autorizou a construção pelo poder público de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais onde não houvesse estrutura assistencial. Mas, prevaleceu a deliberação oposta defendida pela Câmara dos Deputados, que impedia esses expedientes pelo poder público. Assim foi aprovada a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 com a seguinte ementa: essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Tenório, 2002). No texto aprovado destaca-se que o cuidado deve ocorrer em serviços comunitários e apenas após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares é que a internação psiquiátrica pode ocorrer. Logo, a internação psiquiátrica passa a ser a última opção de tratamento (Dias & Muhl, 2020). A partir da citada lei, o modelo de cuidado em território fica conhecido como Atenção Psicossocial (Dias & Muhl, 2020).

Costa-Rosa (2006, citado em Costa-Rosa & Yassui, 2008) define o paradigma do modelo de atenção psicossocial como:

Um paradigma que situe a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e

intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de Atenção e de cuidado. Mais ainda, para esse novo paradigma, produção de saúde e produção de subjetividade estão entrelaçadas e são indissociáveis, o que traz como consequência a radical a superação das relações sociais e intersubjetivas sintônicas com o Modo Capitalista de Produção, que é o alicerce do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico-Medicalizador. (p. 29)

Tenório (2002) enfatiza que esse novo modelo instituído pela Lei de 2001 já vinha sendo praticado anteriormente à vigência dela. Durante os mais de 10 anos de tramitação do projeto de lei pelo Congresso Nacional, o modelo de atenção psicossocial foi sendo aprimorado na prática do cotidiano dos serviços. “A lei é apenas o ponto culminante de um processo de normatização de assistência que vinha sendo feito pelo Executivo através das portarias ministeriais” (Tenório, 2002, p. 52). O autor realça o balanço positivo da década de 1990 na reforma psiquiátrica brasileira, especialmente por três conquistas: pela ocupação de partidários da reforma nos postos de coordenação e gerência, pela permanência das diretrizes reformistas no campo das políticas públicas e pelas Portarias 189/1991 e 224/1992 que incluíram os CAPS e NAPS como dispositivos com a mesma regulamentação legal.

Esses aspectos contribuíram para a redução da hegemonia da internação, não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica, e para a penetração crescente de uma nova mentalidade sobre a loucura no espaço social, gerando um olhar de menos preconceito, estigma e medo.

Sendo assim, para colocar em prática a Atenção Psicossocial, o Ministério da Saúde adotou como modelo de serviços substitutivos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As diretrizes para funcionamento e categorização dos CAPS segundo porte e clientela são estabelecidas na Portaria MS 336/2002, a qual descreve as modalidades de CAPS, suas características e atribuições, a equipe mínima de recursos humanos. Também dispõe sobre as

possibilidades de acompanhamento de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva, incluindo atendimento individual, em grupos, em oficinas terapêuticas, em atendimento à família e em visita familiar, além de atividades comunitárias que priorizem a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (Art. 2º da Portaria MS 336/2002).

Tenório (2002) considera os CAPS como principais pilares para a reestruturação do modelo de atenção e menciona as características básicas que estas estruturas devem apresentar no cotidiano do serviço:

Oferecer condições que inexistem nos ambulatórios, no sentido de uma atenção diária e integral; ser regionalizados e oferecer um tratamento dito comunitário ou “territorializado”, isto é, que não retire o paciente de seus vínculos sociais e baseie-se não apenas nos recursos da instituição, mas nos recursos comunitários; oferecer possibilidades expressivas, relacionais, de atividades e de convivência diversificadas; e incorporar à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente antes tidas como “extra clínicas”. (pp. 49-50)

Nesse contexto da assistência, Costa-Rosa e Yassui (2008) também afirmam que o CAPS deve ser uma estratégia de transformação da assistência, concretizada pela organização de uma ampla rede de cuidados. Os autores escolhem a nomenclatura estratégia para o CAPS, a qual emerge das quatro dimensões do Modo Psicossocial, explicadas no tópico 1.1: técnico-assistencial, jurídico-político, epistemológico ou teórico-conceitual e cultural (Amarante, 2013). Também compõem a noção de estratégia os princípios e diretrizes da reforma sanitária, especialmente a participação popular no planejamento, na gestão e controle das instituições de saúde, além da integralidade no cuidado e da ação territorializada.

Essa transformação da assistência pode ser ampliada para ser relacionada ao processo de produção do trabalho em saúde, exigindo uma ruptura com a lógica da divisão do trabalho do modo de produção capitalista. Com a organização industrial do trabalho, o processo de

produção foi fragmentado provocando a perda do sentido da destinação social do produto. Reconhecendo que essa concepção pode contaminar o trabalho em saúde, Costa-Rosa e Yassui (2008) afirmam que é preciso transformar o modo de produção de saúde historicamente sintonizado com a lógica de divisão do modo capitalista de produção, baseado na fragmentação dos saberes, na verticalização das relações e na separação entre processo produtivo e efeitos da produção.

A partir dessa mudança, os profissionais que compõem as equipes dos CAPS não apenas se agrupariam para ocupar o mesmo espaço físico e desempenhar suas atividades e tarefas em compartimentos com pouca ou nenhuma relação entre si, mas para vislumbrar formas de alcançar a transdisciplinaridade, ou seja, o total entrosamento das disciplinas, havendo um borramento das fronteiras entre elas (Costa-Rosa & Yassui, 2008). Certamente, esse modo de relacionamento entre os integrantes da equipe traduziria a intenção do legislador ao instituir que a equipe do CAPS deve atuar sob a ótica interdisciplinar (Art. 7º, § 1º da Portaria MS 3088/2011).

Mas, as forças antagônicas também são instrumentos dos profissionais de saúde para a tarefa de expandir e consolidar o modelo apartado do modo de produção capitalista, e assim romper com o modelo tradicional (Costa-Rosa & Yassui, 2008). No trabalho em saúde a dimensão política faz intersecção com as dimensões relacional e reflexiva e reforça que o trabalho em saúde comporta relações de poder em um processo coletivo no qual emergem impasses, conflitos, disputas, consensos, mediações e negociações na produção do cuidado. Derivando desse processo a noção de responsabilidade coletiva dos trabalhadores e de protagonismo e autogoverno sobre o seu processo de trabalho (Merly, 1997, citado em Godoy, 2014).

Os CAPS integram uma rede de atenção denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS 3088/2011 e constituída pelos seguintes componentes,

conforme seu artigo 5º: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada, formada pelos CAPS em suas diferentes modalidades; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório, onde se incluem as comunidades terapêuticas; atenção hospitalar; estratégia de desinstitucionalização e estratégia de reabilitação psicossocial.

Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os serviços de saúde que a compõem tornam-se pontos de cuidado do usuário e a saúde mental deixa de ser associada a serviços especializados como os CAPS ou que permitem internação como os leitos em hospital geral. Da perspectiva de desinstitucionalização à atenção básica, a “rede” precisa ser formada e fomentada para oferecer os cuidados que a pessoa em sofrimento psíquico demanda em certo momento de sua vida, o que pode incluir o diálogo entre diferentes serviços (e muitas vezes incluir serviços fora da RAPS, como aqueles vinculados à assistência social ou cultura, apenas para dar dois exemplos) para o cuidado.

1.4 Diálogo com a literatura

Uma pesquisa realizada no nordeste brasileiro por Sousa e Jorge (2019) estudou a articulação entre serviços e estruturas, a partir da questão norteadora “como se dá a atenção e o suporte assistencial às pessoas com transtorno mental nos serviços substitutivos e no hospital psiquiátrico, tendo como eixo a articulação em rede?” (p. 4). O conteúdo das narrativas de profissionais de ambos os serviços – CAPS e Hospital Psiquiátrico (HP) - levaram a algumas conclusões: a) o modelo de atenção hegemônico no contexto estudado, ainda é centrado no médico, de maneira que as crises dos usuários crônicos ou mesmo de pessoas que chegam ao CAPS em surto só são controladas por estratégias médicas; b) observa-se uma crítica pelo HP quanto ao papel do CAPS de resolver questões básicas, demandas simples, acenando que a RAPS está sendo sustentado pelo HP; o hospital retorna os usuários com contratransferência pela ausência de perfil para internação; c) discute-se se a

relação entre o HP e o CAPS é de complementariedade, onde um promove a continuidade do tratamento do outro, ou de tensão e confronto no sentido de uma convivência paradoxal entre ambos.

Dias e Muhl (2020) relatam que, dentro dos CAPS, o uso de psicotrópicos é avaliado como fundamental para que o tratamento em serviço comunitário possa funcionar e afirmam que tanto entre os usuários como entre os profissionais essa simbolização opera:

De um lado, é indispensável na produção do doente, enquanto uma marca do patológico, já que tomar remédio é um sinal distintivo de possuir um transtorno mental; por outro lado, o medicamento funciona como um mecanismo repressivo, requisitado pelos profissionais como uma forma de controle, para que o paciente aja mais próximo de uma expectativa de normalidade. (Cunha, 1986, citado em Dias & Muhl, 2020, p. 62)

Para Dias e Muhl (2020), essa simbolização foi historicamente construída a partir da década de 1970, por meio de uma articulação mercantil entre indústria farmacêutica, psiquiatras da linha biológica, Associação Brasileira e Psiquiatria, Congresso Brasileiro de Psiquiatria e políticos conservadores, com o objetivo de colocar o mercado – entidade máxima do modelo neoliberal - como resposta suprema para o sofrimento mental. Assim, na medida em que as políticas de saúde mental passaram a ter maior investimento em serviços não hospitalares, como os CAPS, os gastos públicos com medicamentos psicotrópicos aumentaram , caracterizando uma epidemia de psicotrópicos. “A expansão do uso de psicotrópicos se desenvolveu dentro das estruturas e serviços criados a partir da Reforma Psiquiátrica” (Dias & Muhl, 2020, p. 60).

Pesquisa realizada por Rodovalho e Pegoraro (2020) em Uberlândia (MG) – por meio de entrevistas para investigar a percepção dos familiares sobre o tratamento no CAPS, a partir do itinerário terapêutico do usuário - revelou que esse equipamento foi percebido como um

lugar no qual a prescrição de medicamentos é fundamental porque ajuda a eliminar os comportamentos que incomodam a família e dificultam o convívio familiar. Assim, o estudo revelou que também a família opera nessa lógica medicamentosa como excelência de tratamento, apontando a necessidade de os CAPS oportunizarem espaço de reflexão para as famílias sobre o uso de medicação (Rodvalho & Pegoraro, 2020).

Não obstante, a compreensão de que a medicalização dos usuários é um problema nos CAPS, é preciso reconhecer que esse serviço teve muitos avanços, dada sua concepção precípua de ser resolutivo nas crises, estabilizando o paciente. Rodvalho e Pegoraro (2020), no estudo citado, constataram que a equipe do CAPS foi sentida como acolhedora pelos familiares e como grande auxiliar na estabilização do quadro do usuário. Logo, é preciso destacar que o CAPS é muito mais que um lugar de prescrição de medicamentos, a depender da equipe e da qualificação desta.

1.5 Ainda há espaço para a internação psiquiátrica?

A aprovação da Lei 10.216, no dia 06 de abril de 2001, encerrou as possibilidades de novas internações de longa permanência no Brasil. O artigo 4º, § 3º da lei não deixa dúvida: “é vedada a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares”. Continuaram possíveis as internações de curto prazo desde que esgotados os recursos de cuidado territoriais, isto é, os serviços extra-hospitalares que realizam tratamento dos sujeitos sem a perda do vínculo sociofamiliar.

A Lei 10.216/2001 prevê três modalidades de internação psiquiátrica: voluntária, quando há o consentimento da pessoa; involuntária, quando um terceiro solicita a internação e o usuário não consente, e compulsória, quando ocorre por determinação da justiça. Segundo a citada lei, a internação voluntária ou involuntária será autorizada por profissional médico do Estado onde se localiza o estabelecimento. Mas a Lei 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão

- diz que a internação involuntária precisa de uma avaliação por equipe multiprofissional (artigo 17 da Resolução nº 8/2019 do Conselho Nacional de Direitos Humanos - CNDH). A Portaria MS 2391, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle das internações voluntárias e involuntárias caracteriza, em seu artigo 3º, uma quarta modalidade de internação: a internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI), quando a pessoa internada exprime sua discordância com a manutenção da internação. Tanto a internação psiquiátrica involuntária quanto a IPVI precisam ser comunicadas ao Ministério Público no prazo de 72 horas pelo estabelecimento de saúde responsável pela internação (Portaria 2391/2002). Um aspecto protetivo à pessoa com sofrimento psíquico relacionado ao uso de substância psicoativa é que a sua internação compulsória, sem a prática de delito é considerada uma anomalia porque não é atribuição do judiciário ordenar a internação quando a finalidade seja exclusivamente de tratamento (art. 25 da Resolução nº 8/2019 do CNDH).

Todas essas disposições normativas são consonantes com a defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico relacionado ou não ao uso de drogas. Tais direitos são garantias essenciais à construção da dignidade de uma pessoa. São direitos supranacionais, descritos em documentos internacionais e inerentes à condição humana. Ao serem incorporados à legislação interna de um país, denominam-se direitos fundamentais, que é o caso, por exemplo, do direito fundamental à saúde previsto na Constituição Cidadã de 1988 (Costa, Maior, & Silva, 2020).

As internações de curto prazo continuam ocorrendo no Brasil? Não obstante o reconhecimento positivo do processo da reforma psiquiátrica brasileira pela expansão dos CAPS, pela articulação da rede, e pelas implicações positivas promovidas pelo cuidado em liberdade na vida de muitos usuários, a internação psiquiátrica ainda é bastante prescrita. Uma rápida consulta à literatura disponível sobre o tema revelou, dentre outros aspectos, o perfil das pessoas em internação psiquiátrica em algumas regiões do país, o que pensam sobre essa

forma de tratamento, os recursos utilizados no manejo da crise, a relação entre doença mental e identidade social. Por exemplo, um estudo epidemiológico realizado em 2017 por meio de consulta ao departamento de informática do SUS (DATASUS) avaliou e descreveu as internações psiquiátricas nos hospitais de Salvador (BA), no período de 2010 a 2016. Nesse período, as internações na Bahia somaram um total de 43.269, sendo 17.126 (39,58%) em Salvador, e alguns aspectos revelados foram: 63,01% delas foram realizadas por hospitais especializados, a frequência de internações de pessoas do sexo masculino foi maior e havia uma prevalência de transtornos por uso de substâncias psicoativas. A maior frequência de faixa etária foi de 30 a 34 anos. Todavia, cinco delas ocorreram com menores de um ano de idade (Santos, Sena, & Aguiar, 2017).

Outro estudo investigou o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias (IPV) e involuntárias (IPI) nos hospitais psiquiátricos de Fortaleza (CE) conveniados com o SUS, no ano de 2007. O instrumento de pesquisa foi um formulário aplicado a 140 pacientes provenientes de IPI's e 253 pacientes de IPV's. Dentre as perguntas sobre aspectos clínicos, uma questionava sobre o principal sintoma ou justificativa que levou à internação. Chama atenção que 28,6% dos pacientes internados involuntariamente colocaram como justificativa a “alteração do juízo”, sendo que nenhum dos que foram internados voluntariamente apontaram essa justificativa. Nestes, prevaleceu o “sofrimento psíquico” como principal justificativa (26,9%). Nesse estudo também havia prevalência de pacientes do sexo masculino, e a causa mais frequente apontada para justificar a internação foi o uso de álcool e outras drogas (Oliveira, Pinto, Aguiar, Sampaio, & Medeiros, 2011).

Quanto à prevalência de pessoas do sexo masculino nas internações, um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2007 também revelou o predomínio de homens nas internações, mas em todos os anos do estudo houve um aumento na proporção de pacientes do sexo feminino. Com o objetivo de verificar a influência de variáveis

sociodemográficas nas (re)internações essa pesquisa mostrou que pacientes sem vínculos conjugais e ocupacionais tiveram maior proporção de (re)internação e que aproximadamente 1/3 dos pacientes tiveram readmissões no período do estudo (Barros, 2012).

Relativamente às vivências das pessoas que já foram internadas e o que pensam sobre essa forma de tratamento, Ely et al. (2014) no período de janeiro a março de 2010 realizaram um estudo segundo a abordagem fenomenológica no qual foram entrevistadas 10 usuárias de um CAPS II do Estado do Rio Grande do Sul, para narrarem sua percepção sobre a experiência da internação e os significados que permaneceram na memória após a alta. As pesquisadoras concluíram que, para as pessoas pesquisadas, a internação psiquiátrica era marcada pela ambiguidade: compreendida como um recurso terapêutico, mas também significada como segregação social e punição a um comportamento (Ely et al., 2014).

Em relação a esse sentido de segregação social, Goffman analisa que é a rejeição social que faz trancar as diferenças em instituições totais, nas quais o sistema de regras da casa promove uma ruptura com o mundo externo. E a adaptação a esse sistema imposto pela segregação, reduz a autonomia no momento da liberação (Goffman, 1961).

Em artigo que revisou dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, artigos e outros documentos, constatou-se que naquele momento o Estado brasileiro que contava com o maior número de leitos em Hospitais Gerais (HG) era o Rio Grande do Sul. Nesse estudo, Ferreira, Marins, Moraes e Lopes (2012) analisaram que, para a consolidação da reforma psiquiátrica seria fundamental a aceleração do avanço do processo de transição dos Hospitais Psiquiátricos para os Hospitais Gerais. As autoras citam várias portarias consentâneas com esse objetivo. A Portaria MS 224, de 29 de janeiro de 1992 regulamentou o funcionamento das unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais. Dentre suas diretrizes e normas, essa portaria estatui que o leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral deve incluir atendimento individual, atendimento grupal, abordagem à família, com informações sobre o programa de

tratamento, a preparação para a alta, a continuidade do tratamento de acordo com as necessidades do paciente. Além disso, os pacientes devem utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas (item 3.2 da portaria). A Portaria MS 2629 de 2009, por sua vez, reajustou os valores dos procedimentos para atenção em saúde mental em Hospitais Gerais - pela primeira vez os procedimentos de psiquiatria em Hospitais Gerais passam a ser mais bem remunerados do que os procedimentos em HP's (Ferreira, Marins, Moraes, & Lopes, 2012).

A Portaria MS 3088 de 2011 estabelece que os hospitais gerais estão incluídos na RAPS. Por fim, a Portaria MS 148, de 31 de janeiro de 2012, a partir da necessidade de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais, define que o Serviço Hospitalar de Referência (SHR) é um ponto de atenção do Componente Atenção Hospitalar da RAPS, que deve observar várias diretrizes. Dentre elas: articulação com os outros pontos da RAPS; potencialização das ações de matriciamento; corresponsabilidade pelos casos e garantia de continuidade do cuidado, com a função precípua de preservação da vida das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O projeto técnico do SHR deve especificar que as internações são de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário; que a estratégia da redução de danos norteará o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e que o SHR deve criar mecanismos de interação com outros setores do hospital geral, como, por exemplo, a interconsulta (Ferreira et al., 2012). Importante destacar que Ferreira et al. (2012) fazem referência aos movimentos sociais como forma de pressionar os governos a ampliar a aplicabilidade prática dessas normas.

Estudo quantitativo realizado em serviço ambulatorial de Ribeirão Preto (SP) entre dezembro de 2007 e abril de 2008 com pacientes à época recentemente egressos de internação psiquiátrica, com o objetivo de conhecer as características comuns entre eles revelou que a maioria: a) não tinha conhecimento sobre sua doença (56%); b) não sabia sobre as medicações

prescritas (56,2%); c) mas, considerava importante a manutenção do tratamento farmacológico (81,2%); d) porém, essa importância não era coerente com a prática, pois a maioria tinha baixa adesão ao tratamento medicamentoso (70,8%). Essa baixa adesão poderia contribuir para as (re)internações, pois a maioria dos 48 pacientes pesquisados (62,5%) tinha histórico de internação anterior (Cardoso & Galera, 2011).

Com o objetivo de compreender a atenção à crise como desafio estratégico da Reforma foi desenvolvida uma pesquisa interventiva, por meio de entrevistas e rodas de conversa, em 2012, em um CAPS II de uma capital do nordeste brasileiro. Dentre os vários recursos utilizados pelo CAPS no manejo da crise, emergiram o encaminhamento ao Serviço Emergência Psiquiátrica (SEP) e a internação psiquiátrica em algumas situações, tais como: quando não havia psiquiatra, quando não havia equipamento para suporte clínico e no caso de usuários novos considerados graves. A associação entre crise e risco de periculosidade emergiu como um fator relevante para a resposta à crise pelo encaminhamento para serviço de emergência ou de internação. As autoras analisaram que, para cuidar da crise em liberdade, seria preciso o exercício efetivo do matriciamento desses casos, portanto, a construção de diálogo entre serviços. Por outro lado, os serviços hospitalares precisariam aprender a lidar com a crise sem silenciar o sujeito - pois isso inviabilizaria a formação de vínculos - e superar o viés exclusivo da remissão de sintomas - que repete a mesma lógica manicomial dos asilos (Silva & Dimenstein, 2014).

Estudo realizado por Lara e Volpe (2019) analisou a evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo SUS em hospitais psiquiátricos especializados do Estado de Minas Gerais entre 2001 e 2013. A partir de dados do DATASUS, o estudo incluiu 202.188 internações realizadas em 25 hospitais, 22 deles de natureza jurídica privada, dos quais 10 foram fechados ou descredenciados durante o período de 13 anos abrangidos pelo estudo. No período observacional houve mudança no perfil nosológico das internações psiquiátricas, com

elevação da proporção das internações por transtornos ligados ao uso de substâncias e redução por transtornos psicóticos, exceto nos hospitais privados onde os transtornos psicóticos se mantiveram prevalentes. O tempo mediano de permanência na internação foi de 30 dias, sendo que houve aumento desse tempo nos hospitais privados e redução nos hospitais públicos. As autoras analisam que talvez isso se explique porque os leitos dos hospitais públicos se concentrem na capital, Belo Horizonte, onde existe uma rede de atenção extra-hospitalar mais abrangente, favorecendo a alta hospitalar, e reduzindo o tempo de permanência na internação.

Silva (2015), a partir de estudo etnográfico realizado entre 2007 e 2010 buscando compreender a relação entre doença e identidade social, relatou a visibilidade pertencente à carreira moral de egressos de internação psiquiátrica, a partir de denominações que emergiram no estudo em diferentes momentos dessa carreira na vida dos pesquisados: “usuário” por ter sido matriculado no CAPS; “cliente” devido à sua frequência no CAPS; “caso clínico”, por conta de ser comentário entre os profissionais na reunião de equipe do CAPS; “causo”, por ser assunto entre os moradores da cidade, ainda que jamais tenha sido internado na casa de repouso que funcionou na cidade entre 1970 e 1990. Na legislação brasileira, diferentes termos já foram usados para se referir às pessoas em sofrimento psíquico: “alienados”, no Decreto 1132 de 1903; “psicopatas”, no Decreto 24.559 de 1934; “doentes mentais”, no Decreto 3138 de 1941 e “pessoas portadoras de transtorno mental”, na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (Silva, 2015).

Quanto à carreira moral do “doente mental”, Goffman a define como uma trajetória percorrida por um “doente mental” dentro de uma compreensão sociológica rigorosa, na qual a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social. Nessa carreira, um denunciante realiza o primeiro movimento eficiente que levará à hospitalização a partir da atribuição de doença a

determinados comportamentos, os quais não são fundamentalmente produto de doença, mas da interpretação dada a eles (Goffman, 1961).

Como vimos, a literatura revela vários aspectos da internação psiquiátrica no Brasil hoje, os quais constituem, muitas vezes, desafios e barreiras à atenção psicossocial. Em sua dissertação, Machado (2006) defende que a barreira que mais dificulta a consolidação do modelo de atenção psicossocial é a subjetiva. Em estudo realizado em uma Residência Terapêutica em Brasília (DF) para verificar como as representações sociais das auxiliares de enfermagem acerca da loucura e do louco favoreciam ou dificultavam o processo de inclusão social dessa clientela, a autora concluiu que há várias barreiras que dificultam a efetivação da atenção psicossocial. Afirma que é fundamental a superação de barreiras governamentais – para favorecer a elaboração de políticas públicas mais inclusivas –; de barreiras técnicas – para repensar os saberes e as práticas –; de barreiras institucionais – com o reconhecimento das limitações que a própria instituição impõe ao processo que devia desencadear –. Mas, essas barreiras apenas serão vencidas se a barreira subjetiva for superada, por meio da desconstrução do manicômio interno responsável pelo nascimento e pela perpetuação do manicômio.

Ao se reconhecer a necessidade de superação do paradigma manicomial pela perspectiva psicossocial, é preciso reconhecer que a força desse paradigma não se aloja somente no manicômio – lugar concreto onde ocorrem práticas desumanas e desumanizadoras, ela se aloja, sobretudo, no manicômio interno – lugar subjetivo onde sobrevivem as representações dos sujeitos acerca da loucura e de onde emergem posturas individuais ou coletivas que se aproximam do modelo manicomial. (Machado, 2006, pp. 37-38)

Em 2016, com a chegada ilegítima de Michel Temer ao executivo federal - um governo conservador e defensor do Estado Mínimo - e de uma mudança na Constituição

Federal por meio da Emenda Constitucional (EC) 95, os gastos nas áreas sociais - que inclui a área da saúde - foram congelados por 20 anos. Revelou-se o recrudescimento do neoliberalismo ortodoxo, com estratégias neoconservadoras para violar direitos humanos conquistados pela classe trabalhadora. Na sequência, nos anos de 2017 e 2018, foram publicadas algumas resoluções e portarias pelo Ministério da Saúde, mencionadas nos parágrafos seguintes, e compiladas em 2019 na Nota Técnica (NT) nº 11 de autoria do coordenador nacional de saúde mental, a qual sob o falso manto de ofertar variedade de cuidados promove um retrocesso de 30 anos nas conquistas na área da saúde mental (Costa et al., 2020).

Como desdobramento da EC 95 que legaliza a lógica do enxugamento do Estado, e mediante justificativas formais para não provocar tantas reações, o Ministério da Saúde publicou a portaria 3659/2018 que suspendeu o repasse financeiro para o custeio de mais de 300 serviços e a portaria 3718/2018 que exigiu a devolução ao Ministério da Saúde do incentivo para a implantação de serviços supostamente não implantados com a justificativa de ausência de informações e registros de procedimentos, mesmo em serviços visivelmente atuantes (ABRASME, 2018).

O Governo Federal retomou a lógica ultrapassada de pagamento por produtividade, incompatível num sistema universal de saúde, no qual o descumprimento de ações pautadas no Plano de Gestão pactuado entre os entes dos três níveis de governo pressupõe a responsabilidade compartilhada e a obrigação de construir novas estratégias para garantir o direito fundamental à saúde (ABRASME, 2018).

A partir do desfinanciamento dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (que havia sido criada em 2011) para priorizar o refinanciamento dos manicômios e comunidades terapêuticas, o governo inverteu a lógica de investimento, que desde 2006, de forma contínua era maior nos serviços de base comunitária (ABRASME,

2018) e novas diretrizes foram estabelecidas por meio de resoluções e portarias, que são atos normativos bem menos representativos que as Leis, porque essas são votadas e aprovadas pelas duas Casas do Congresso Nacional, que representam todo o povo brasileiro.

A Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS e dispõe sobre novos componentes ampliando os pontos de atenção, disciplina em seu artigo 1º que, para fortalecer as diretrizes da RAPS, os hospitais psiquiátricos especializados deveriam ser incluídos como dispositivos/ componentes da rede. Sete dias após, a Portaria GM/MS nº 3588, de 21 de dezembro de 2017 alterou as portarias de consolidação nº 03 e nº 06 e criou, entre outros componentes o hospital psiquiátrico especializado. Esse desiderato é reafirmado na Nota Técnica nº11/2019, na qual o Ministério da Saúde afirmou que “[...] não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (pp. 3-4). Os hospitais psiquiátricos foram agraciados com um aumento de 62% no valor da diária em 2018 (ABRASME, 2018). Enquanto a Portaria MS 148/2012, na instituição de incentivo financeiro de custeio, contemplava o decréscimo no valor das diárias à medida do aumento do período de internação, a Portaria MS 2434/2018 reajustou o valor das diárias de internação acima de 90 dias, demonstrando ter como diretriz a valorização das internações de longa permanência. Assim, a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção e incentivada financeiramente com recursos públicos (ABRASCO, 2019).

Além dos hospitais psiquiátricos especializados, outros componentes incluídos pela Resolução 32 da CIT como dispositivo da RAPS, foram o ambulatório multiprofissional de saúde mental- unidades ambulatoriais especializadas- com equipes multiprofissionais de especialistas em saúde mental. O Ministério da Saúde justificou a inclusão dos ambulatórios na rede para atender à demanda reprimida de pessoas com transtorno mental que não se

encaixariam na atenção básica e que não necessitariam de reabilitação no CAPS (Nota Técnica n. 11, 2019). Entendo que, com esse novo componente, readquire vida a ideia de especialização e hierarquização em detrimento da atividade de matriciamento⁴. Ambulatórios com equipes multiprofissionais especializadas não são dotados de capacidade resolutiva de casos complexos. O profissional especialista conhece em profundidade um assunto focado, mas seu especialismo não dá conta da complexidade do território no processo de produção de saúde. Casos complexos exigem mais que especialização, porque demandam a compreensão coletiva do contexto que atravessa o sujeito.

A Resolução 32 da CIT estabeleceu também como diretriz da RAPS a ampliação das enfermarias especializadas em hospitais gerais, passando “a expandir leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas” (Nota Técnica n. 11, 2019, p. 4). Outro ponto é a expansão dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs) para ampliar a clientela, pois esses serviços não são mais voltados para a reinserção dos pacientes desinstitucionalizados, na medida em que se destinam também às pessoas com transtornos mentais que vivem nas ruas e os egressos de unidades prisionais comuns (Nota Técnica n. 11, 2019).

Ao criar a modalidade de CAPS IV AD para regiões específicas de cracolândia, entendo que a decisão inserida na Resolução nº 32 da CIT se alinha ao propósito de estigmatizar ainda mais as pessoas que fazem uso problemático de drogas, relacionando um lugar físico à população ali assistida e imprimindo nela mais uma marca além de todas as que decorrem da ausência de garantia de acesso aos direitos historicamente negados pelo Estado.

Por sua vez, a Resolução nº 01, de 09 de março de 2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD -, que aprova diretrizes para o realinhamento da política

⁴ O matriciamento vem superar a ideia de fragmentação do trabalho, que pressupõe sistema verticalizado de fluxo e relações de poder entre as instituições, que se legitimam como únicas detentoras de determinados saberes. O matriciamento corresponde a novas formas de comunicação e de trabalho entre equipes de diferentes serviços. (Godoy, 2014.)

sobre drogas, ampliando e reorganizando a rede de cuidados, defende em seu artigo 1º, inciso III, o fortalecimento das comunidades terapêuticas (CTs) e a promoção da estratégia de abstinência (Costa et al., 2020). As CTs são instituições que correspondem ao manicômio, com especificidade em relação à clientela, porque atende exclusivamente pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas (ABRASCO, 2019). São espaços de privação de liberdade e já foram denunciadas por violação aos direitos humanos. “A maioria dessas comunidades está interligada a grupos religiosos com embasamentos morais e conservadores que se harmonizam com o ideal neoliberal” (Conselho Federal de Serviço Social, citado em Costa et al., 2020, p. 82).

A promoção da abstinência como diretriz estabelecida na resolução também dialoga com o neoliberalismo, no campo do proibicionismo, conforme explicita Costa, Maior e Silva (2020):

Essa defesa da ampliação da rede com vistas à promoção da abstinência reforça a ideologia proibicionista hegemônica e dificulta ações em torno da saúde coletiva com a estratégia da redução de danos, que, em sua visão mais humanitária e com direcionamento nos Direitos Humanos, não exclui a possibilidade de que o indivíduo queira ficar abstinente, mas dá para ele outras possibilidades para além da interrupção total do uso de drogas. (p. 82)

Com relação à Nota Técnica nº 11/2019, o conteúdo retórico e ideológico é realçado quando se fala reiteradamente em evidências científicas, que podem ser traduzidas por evidências exclusivamente biomédicas, e raramente as fontes bibliográficas são explicitadas. Por exemplo, na defesa da eletroconvulsoterapia (ECT) - técnica cuja aplicação é objeto de debate, inclusive judicial, quanto à eficácia clínica e potencial iatrogênico – a nota técnica do MS fez uma propaganda que pode levar à banalização do uso. Além disso, o MS agora financia a compra de aparelhos de eletroencefalograma (EEG) (ABRASCO, 2019).

Nesse contexto de apologia às estratégias que promovem a internação, o autor na nota técnica acusa a política nacional de saúde mental dos últimos 20 anos de equivocada, convertendo-a em bode expiatório para problemas sociais históricos relacionados à desigualdade. Como por exemplo, a migração de doentes mentais graves para a população prisional, “o aumento das taxas de suicídio, o aumento de pacientes com transtorno mental grave na condição de moradores de rua, a proliferação de cracolândias” (Nota Técnica n. 11, 2019, p. 5).

Por fim, a NT nº 11/2019 menciona que houve meses de debate na CIT⁵ antes de anunciar as medidas para fortalecer o atendimento em saúde mental. Ora, o debate num órgão colegiado é infinitamente menos representativo do que as Conferências Nacionais de Saúde Mental - base legitimadora das diretrizes da política de saúde mental que tem como vetor a inserção social no território - e do que a discussão na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, como aconteceu para a aprovação da Lei nº 10.216/2001.

O autor da NT nº 11/2019 afirma cinicamente que as mudanças obedeceram à Lei 10.216/2001. Ora, essa lei localiza a internação como última opção de tratamento e não em paridade de importância a outras modalidades de cuidado. A tomada de decisão que embasou a “nova política” se deu à revelia da participação da sociedade, num jogo antidemocrático, orquestrado em espaços de participação restrita (ABRASCO, 2019). Sousa e Jorge (2019) percebem dois projetos em disputa na Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro fiel à perspectiva radical da Luta Antimanicomial e ao lema “por uma sociedade sem manicômios”, no qual a internação é gradualmente, mas completamente substituída e os manicômios extintos, na medida da capacidade da RAPS, em especial, do CAPS, de dar atenção resolutiva à crise. O segundo projeto diz respeito a uma reforma que nutre simpatia pelos interesses do

⁵ Comissão Intergestores Tripartite, que reúne o Ministério da Saúde e representantes dos Estados (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e Municípios (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS).

neoliberalismo e do grande capital no qual a defesa dos direitos humanos se restringe ao plano formal.

1.6 Justificativa da pesquisa e objetivos

Quanto à literatura sobre pessoas egressas de internação psiquiátrica, o Brasil não dispõe ainda de um volume mais expressivo de estudos. Em relação a esse fenômeno, da internação psiquiátrica, recente estudo das pesquisadoras Zanardo, Silveira, Rocha e Rocha (2017) desenvolvido na unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Geral de Porto Alegre, revelou que, em uma amostra de 96 participantes, 35 deles estavam internados pela primeira vez e dentre esses, apenas 45,7% tinham vínculo com algum serviço de saúde. Portanto, mais de 50% dos usuários com primeira internação utilizaram o hospital como porta de entrada para o cuidado em saúde mental, destacando o impacto do hospital como articulador da rede e serviço estratégico para o modelo que seria baseado na atenção psicossocial.

Esse mesmo estudo revelou que, dentre os usuários com duas ou mais internações em um mesmo ano – critério utilizado pelo estudo para caracterizar (re)internação frequente – houve pequeno acesso de egressos de internação psiquiátrica a outros serviços, principalmente estratégias de reabilitação psicossocial, pois dentre os participantes com (re)internação frequente, apenas 02 foram inseridos em oficina de geração de renda e outros 02 em cooperativa social.

Uma investigação por Sousa e Oliveira (2010), na unidade de internação psiquiátrica do Hospital Geral de Sobral - CE para caracterizar os determinantes das internações psiquiátricas de dependentes químicos, revelou que 70% dentre os 203 participantes da pesquisa foram encaminhados ao CAPS ad (modalidade de CAPS para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas) após a alta hospitalar, mas a pesquisa não abordou o

efeito dessa articulação na trajetória do egresso, ou seja, não houve o acompanhamento do encaminhamento realizado. O estudo fez uma abordagem específica da temática álcool e outras drogas, mas a diretriz do trabalho em rede teve realce nele.

Em seu doutoramento, Gandolfi (2013) estudou a gestão nas internações psiquiátricas na microrregião de Ituiutaba/MG. Segundo o autor, naquela região prevalece o modelo hospitalocêntrico e que “somente como a consolidação da rede, a efetivação de políticas públicas, a melhor distribuição do atendimento na microrregião, um financiamento digno e a participação popular será possível identificar, precocemente, casos de transtornos mentais” (Gandolfi, 2013, p. 56).

Os estudos aqui citados apontam, portanto, que as internações psiquiátricas ainda fazem parte da trajetória de vida de muitos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta Rede foi instituída pela Portaria MS 3088/2011 e estabelece a necessidade de articulação entre os diferentes pontos de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Por meio da RAPS não apenas os hospitais com leitos em psiquiatria e os Centros de Atenção Psicossocial são os equipamentos de saúde mental responsáveis pela atenção à pessoa em sofrimento psíquico. Serviços como a unidade básica de saúde, as unidades de atenção à saúde da família, os centros de convivência, os serviços residenciais terapêuticos e as unidades de atendimento à urgência são parte dos recursos que podem ser acionados para os cuidados em saúde mental. Diferentes modalidades de cuidado (da atenção primária à desinstitucionalização) podem contemplar as singularidades de cada trajetória pessoal, articulando assim ao cuidado em saúde mental os princípios sobre a equidade e a integralidade, que norteiam o próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

Entendemos que, nesta pesquisa, ao investigar os itinerários terapêuticos de pessoas egressas de internação psiquiátrica e atualmente vinculadas aos cuidados ofertados por um Centro de Atenção Psicossocial, será possível conhecer os serviços utilizados pelos usuários

em suas trajetórias de vida, bem como sua percepção sobre o cuidado recebido em cada um desses pontos de cuidado.

Considerando a perspectiva dos serviços profissionais em saúde, ofertar cuidado integral sinaliza para a importância da modificação no processo de trabalho, que ainda é centrado em procedimentos no modelo Hospitalocêntrico-Medicalizador. No modelo Psicossocial (ou da Desinstitucionalização), as ações são centradas no usuário – o usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (Costa-Rosa & Yassui, 2008). Assim, o usuário deve participar ativamente da construção do seu Projeto Terapêutico Singular⁶ e tudo quanto a ele diz respeito, tendo em vista o fortalecimento do seu protagonismo. Os profissionais que compõem as equipes da Rede de Atenção Psicossocial e que se propõem a ofertar o cuidado integral não devem trabalhar de forma isolada, em núcleos de especialidades de competência profissional, pois no novo modelo deve haver o compartilhamento dos saberes e das ações, de modo que tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissional específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe (Canal Minas Saúde, 2013).

Um processo de trabalho que coloca a pessoa do usuário no centro do cuidado requer a compreensão da abordagem da Clínica Ampliada⁷, que inclui várias dimensões terapêuticas, não colocando as expectativas do tratamento na medicalização e na institucionalização. Pela perspectiva do cuidado em liberdade e da produção em saúde a partir as demandas do sujeito, pelo menos três dimensões terapêuticas decorrem da relação entre o profissional e o usuário do serviço: a) uma dimensão relacional, com a mobilização de afetos, pois o trabalho é vivo

⁶ “É um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Nesse projeto, tratar doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral.” (Ministério da Saúde, 2013, p.33).

⁷ É a clínica na qual o objeto de trabalho é ampliado e revisado, na medida em que for quebrada a arrogância médica de superioridade de seu saber, porque o saber sobre a doença irá dialogar com outros saberes para escutar o campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Desse modo, o saber que se produz é recolhido *a posteriori*, após o diagnóstico da doença, do contexto e do próprio sujeito e a indicação terapêutica se dá ao longo do processo de construção coletiva do caso a partir do trabalho em equipe. (Campos, G. W. S., 1997).

em ato, ou seja, a subjetividade do profissional influencia a maneira de estabelecer o vínculo e demonstrar atitudes de cuidado, acolhimento, diálogo e escuta; b) uma dimensão reflexiva, pois é preciso lidar com a insegurança, o risco e a imprevisibilidade, o que requer a capacidade do profissional para refletir sobre si mesmo e sobre o seu trabalho; e c) uma dimensão (micro) política do cuidado, que pressupõe a participação do usuário do serviço com o respectivo poder de dar opiniões e sugestões, de participar de negociações, de fazer reclamações, de divergir. Com efeito, quanto mais a clínica contempla as demandas e necessidades do sujeito, mais ela se amplia, e o modo prescritivo de cuidar, baseado em rigorosa relação de poder, passa a ser questionado, dando lugar à construção de subjetividades autônomas (Büchele & Petuco, 2014).

Se o usuário deve ser o centro da construção de cuidados, a sua compreensão sobre os cuidados recebidos torna-se de extrema relevância. Alguns estudos sobre itinerários terapêuticos (Braga & Pegoraro, 2019; Rodovalho & Pegoraro, 2016) no campo da saúde mental deram destaque às compreensões de familiares sobre o percurso por serviços ou à compreensão de familiares e usuários (Corrêa, Bellato, Araújo, & Hiller, 2011; Reinaldo & Saeki, 2004). Não localizamos pesquisas sobre o itinerário terapêutico de pessoas que estão sob os cuidados de um ponto de atenção em saúde mental e que tem histórico de internação psiquiátrica. Por compreendermos a importância de ouvir os próprios usuários, destacamos como **problemas de pesquisa**: Qual o itinerário terapêutico das pessoas em sofrimento psíquico egressas de internação psiquiátrica? Qual é a percepção de usuários de um CAPS egressos de internação psiquiátrica sobre os serviços presentes nos seus itinerários terapêuticos?

A partir dos problemas de pesquisa, foi estabelecido como **objetivo geral** desta pesquisa compreender o CAPS e a internação psiquiátrica no itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico egressas de internação psiquiátrica na perspectiva dos usuários.

2 Percurso metodológico

Para atender aos propósitos da pesquisa foi desenvolvido um estudo de tipo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa é aquela que tem como instrumento principal o próprio pesquisador e seus sentidos, que permitirão a apreensão dos fenômenos significados pela pessoa pesquisada em seu ambiente natural (Turato, 2005). É uma pesquisa que busca interpretar os significados trazidos pelas pessoas participantes acerca do fenômeno itinerário terapêutico pertinente ao campo da saúde mental. No processo saúde-doença-cuidado, conhecer essas significações a partir da perspectiva dos usuários dos serviços pode levar a uma compreensão de suas ideias, sentimentos e comportamentos, e assim compreender o papel organizador desses significados em suas vidas. Para Turato (2005) o significado tem valor estruturante porque é em torno do que as coisas significam que as pessoas organizam suas vidas, incluindo o cuidado com a saúde.

Tendo como suporte um roteiro semiestruturado, seis pessoas participaram do estudo por meio de uma entrevista individual: cinco usuárias e um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial tipo I localizado em um município do Estado de Minas Gerais. Esse roteiro (Apêndice 1) foi composto por questões norteadoras que investigaram a experiência de tratamento em serviço de internação psiquiátrica ou instituição similar e outros tipos de serviços, nos quais as pessoas estavam participando ou já tivessem participado. Com esse propósito foi perguntado a cada pessoa qual a percepção dela sobre cada um desses locais de tratamento e quais as suas sugestões para melhorar a qualidade da assistência neles. Sendo

assim, o roteiro de entrevista teve por objetivo maximizar a variedade de relatos sobre os locais formais e – considerando-se o conceito de IT definido anteriormente - também informais de cuidado, incluindo ações, decisões, pensamentos e sentimentos que permitissem expressar o modo como compreenderam as experiências vivenciadas no percurso realizado em busca de tratamento. Além desse roteiro de entrevista foi utilizado um diário de campo, isto é, utilizou-se o registro de informações não gravadas e relevantes para a construção do percurso da pesquisa e análise de dados. São exemplos de anotações em diário de campo: datas de reuniões, informações sobre visita técnica ao serviço, agendamento de entrevista, impressões da pesquisadora sobre a condução de entrevistas.

A decisão sobre o uso de uma linguagem mais inclusiva de gênero foi objeto de supervisão e reflexão por algum tempo. Eu não me sentia confortável ao usar as expressões “as participantes”, “o participante”, ou mesmo em incluir o único participante do sexo biológico masculino na expressão “as participantes”. Então, decidi usar prioritariamente, o termo “pessoa”, que não tem gênero e que se alinha com o título desse trabalho que contém essa palavra, cujo conceito está no capítulo 1.

Para participação na pesquisa, foram delimitados como critérios de inclusão: pessoa maior de 18 (dezoito) anos, em tratamento no CAPS por período igual ou superior a três meses e que tivesse sido internada pelo menos uma vez em hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral ou instituição similar- como, por exemplo, comunidade terapêutica - e que tivesse condições de responder à entrevista, segundo a avaliação da equipe.

O período mínimo de três meses de frequência ao CAPS se justifica porque uma das questões do roteiro de entrevista é referente à avaliação que a pessoa entrevistada faz das atividades realizadas nesse dispositivo. Entendo ser necessário certo tempo de contato com a

rotina de tais atividades a fim de que a pessoa obtenha elementos para um julgamento sobre a importância e o sentido delas em sua vida.

Como critérios que impediam a participação na pesquisa, foram eleitos: pessoa com menos de 18 anos ou que, segundo avaliação pela equipe: não estivesse em condições de responder à entrevista, ou estivesse vinculada ao CAPS por período inferior a três meses, ou fosse curatelada.

2.1 A entrada em campo: a aproximação com o CAPS e os convites para as entrevistas

Os CAPS têm suas diretrizes para funcionamento estabelecidas na Portaria MS 336/2002 do Ministério da Saúde. São serviços categorizados por porte e clientela, sendo o CAPS I um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Deve atender a todas as faixas etárias e todos os tipos de sofrimento mental, relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas, podendo a assistência prestada incluir atendimento individual, em grupos, em oficinas terapêuticas, à família, tanto na sede desse equipamento de saúde, quanto em visitas domiciliares e atividades comunitárias enfocando a integração do usuário do serviço na comunidade e sua inserção familiar e social.

Com o objetivo de contextualização é oportuno registrar que antes da existência do CAPS no município onde a pesquisa se desenvolveu, funcionou um serviço com equipe multiprofissional, constituída por uma assistente social, duas psicólogas e um psiquiatra, os quais antes trabalhavam em locais distintos e foram lotados para atuar em um mesmo espaço físico, em local distinto daquele em que hoje funciona o CAPS. O trabalho realizado consistia em desenvolver atividades continuadas com os usuários, individualmente e em grupos, incluindo atividades culturais, atender às famílias, inclusive no âmbito domiciliar. A equipe realizava estudo sistematizado semanal sobre a política de saúde mental, em especial a leitura do Caderno 34 do MS e da linha guia de saúde mental do Estado de Minas Gerais. Esse

serviço não se constituiu como um CAPS, mas contribuiu para a criação desse dispositivo da RAPS no município.

O CAPS onde o estudo foi desenvolvido é de tipo I e está localizado em um município do Estado de Minas Gerais. Foi inaugurado em 2016 e está localizado em um bairro de classe média, distante dos bairros mais periféricos da cidade. No entanto, o município disponibiliza transporte para os usuários que não possuem recursos próprios para custear o deslocamento até o CAPS.

Quanto à estrutura física do CAPS, conheci o espaço em que o serviço funcionava acompanhada pela coordenadora, durante a visita que fiz para apresentação da pesquisa. A sede do CAPS é térrea, bastante ampla e arejada, com salas para atendimento individual e grupal pelos integrantes da equipe multiprofissional, e salas para atividades coletivas, como oficinas de artesanato e rodas de conversa. É um espaço acolhedor, com sala de recepção, refeitório, dispensa, banheiros e sala para a coordenação. Além disso há uma área externa nos fundos do terreno onde atividades podem ser realizadas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal é constituída por seis unidades de PSF com cobertura de 100% do território. Para cada Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) há um profissional do CAPS que atua como responsável pela articulação e acompanhamento dos casos de saúde mental daquela área e participam das reuniões de matriciamento nos PSFs. Na atenção de urgência e emergência, o município conta com o SAMU (que busca o paciente em crise e faz esse primeiro atendimento) e uma unidade de pronto atendimento (PA) 24 horas (que dá seguimento ao atendimento). Na atenção hospitalar não há leitos de psiquiatria em hospital geral, de maneira que, quando a crise não é estabilizada nem no CAPS e nem no PA o usuário é transferido para um hospital psiquiátrico de referência para a região, localizado em cidade vizinha. A coordenadora explica que, como o único hospital privado existente na cidade da pesquisa é resistente em internar pacientes da

saúde mental (tanto que não há leito pactuado de SM no município), o PA reserva um leito mais isolado para esse público, contando com a sensibilidade e flexibilidade do diretor clínico. A coordenadora dá exemplo de um caso que ficou mais de uma semana internado no PA, sendo acompanhado simultaneamente pelo CAPS, até que se conseguisse o ajuste correto da medicação.

Encontravam-se ativos no CAPS na época de início de coleta de dados cerca de 700 prontuários e 23 usuários encontravam-se em modalidade de atendimento intensiva. Segundo a equipe, entre os usuários de álcool e outras drogas havia mais homens que mulheres, mas no total o CAPS atendia cerca de 50% de cada sexo. Mais de 95 % das pessoas que frequentam o CAPS tinham mais de 18 anos.

No período da realização das entrevistas (julho e agosto de 2019 e início de 2020) houve alteração da coordenação do CAPS, mas a equipe manteve-se a mesma: duas psicólogas, uma enfermeira, uma assistente social, uma farmacêutica, quatro profissionais de nível médio (um técnico de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica em administração e uma oficinaira). Uma vez ao mês acontecia a assembleia com os usuários. O CAPS I funcionava de segunda a sexta-feira das 7 às 17 horas.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, fui ao CAPS para entregar uma cópia do projeto de pesquisa aos técnicos de referência e à coordenadora. Esta, em espaço individual, me informou que ela gostaria de fazer a lista dos usuários a serem entrevistados sem a ajuda dos Técnicos de Referência (TRs), porque havia alguns casos que ela gostaria muito que fossem pesquisados porque eram casos que, na compreensão dela, mereciam ser objeto da pesquisa. Expliquei sobre a necessidade de seguir o projeto aprovado pelo CEP e as regras nele estabelecidas para a coleta de dados, sendo uma delas a indicação dos participantes da pesquisa com o apoio da equipe do CAPS, a partir de reuniões em equipe. Ela resistiu, mas acabou concordando. Então falei sobre a

necessidade de uma primeira reunião com toda a equipe para falar do projeto e organizar minhas idas à instituição e conseguimos chegar a um consenso sobre a data. No dia 03/07/2019 fizemos a primeira reunião, na qual fui bem recebida e pude reconhecer o interesse dos profissionais do CAPS que estavam presentes em colaborar com a pesquisa. No decorrer da reunião, algumas falas chamaram atenção quanto à dificuldade de exercer o cuidado integral numa cidade com uma rede pequena, gerando impotência. Por exemplo, quando uma das profissionais relatou que sentiu alívio quando a coordenadora atendeu ao seu pedido de ser retirada da função de acolhimento, porque não suportava mais não ter o que oferecer para atender às demandas e necessidades dos usuários do serviço. Nesse mesmo sentido quando uma outra profissional expressou que considerava importante apontar como dificuldade da equipe o fato de o paciente não aderir ao CAPS.

Então aproveitei para esclarecer sobre o esse trabalho como pesquisadora até porque alguns técnicos de referência já haviam me perguntaram sobre como conduzir determinados casos mais complexos em relação aos quais eles estavam com dificuldade no manejo. Evidenciei que eu poderia orientar quanto a dúvidas sobre a política de saúde mental e oferecer sugestões de leituras, referências bibliográficas, caso assim desejassem, mas não poderia exercer atividade de supervisão.

No dia seguinte à reunião, a coordenadora me convidou pelo whatsApp para participar da festa junina que aconteceria no dia 05/07/2019, à qual compareci e me senti completamente familiarizada, muito à vontade ao rever tantos usuários da época em que atuei como profissional de saúde naquele município antes de me aposentar. Fiquei muito feliz em encontrar, entre outros usuários do CAPS, uma pessoa com a qual estabeleci um vínculo anteriormente quando ela estava em situação de rua, e que agora estava frequentando o CAPS em regime intensivo, e determinada a retornar aos estudos.

Nos dias restantes do mês de julho e início de agosto de 2019 conversei com os TRs, individualmente ou em pequenos grupos, sobre os critérios de inclusão e pude compor uma pequena lista de participantes, talvez insuficiente para nos permitir o fechamento amostral por ponto de saturação, caso não incluíssemos as comunidades terapêuticas na expressão: internação em instituição psiquiátrica ou instituição similar. Levei essa dúvida para supervisão com a orientadora no dia 10/07/2019, retomamos a leitura do projeto aprovado no CEP e entendemos que as CTs estariam incluídas na expressão “ou instituição similar” contida nos critérios de inclusão para participar da pesquisa.

De posse dessa lista, o convite aos participantes foi realizado pessoalmente por mim, dentro do próprio CAPS, com o intermédio da equipe, que me apresentava aos usuários que atendiam aos critérios de inclusão. Foi efetuada uma explicação sucinta sobre a pesquisa a cada convidado, informando sobre a existência de um roteiro de entrevista, os objetivos, a duração provável da entrevista e sua livre participação. Esse convite foi feito nos dias em que eu estive no CAPS, conforme previamente combinado com a equipe, e estando o usuário fora de atividade de cuidado, portanto, sem interromper seu tratamento.

Quanto às entrevistas, foram realizadas no CAPS, em dia e horário combinado e escolhido pelo participante, ficando cientes tanto a pessoa a ser entrevistada quanto a equipe sobre o meu retorno ao CAPS na referida data.

Realizei a primeira entrevista no dia 15/07/2019 com uma pessoa cuja única internação foi em uma clínica para dependentes químicos. A segunda entrevista realizei no dia 12/08/2019, e terminei com a sensação de que tinha havido uma mistura de algo meu na condução da entrevista, tanto que precisei fazer a complementação, pois após supervisão percebi que inseri conteúdo na fala da entrevistada. Essa participante vivenciou várias vezes a internação psiquiátrica.

Após a segunda entrevista eu me afastei do trabalho de campo até janeiro de 2020 em razão de eu ter me dedicado a acompanhar meu esposo em todas as internações no cuidado a um câncer de estômago. Depois veio o óbito e o inventário. Quando retornei ao CAPS em 2020, fui recebida com boa receptividade por uma nova coordenadora. No dia 09/01/2020 realizei a entrevista 03 e um segundo encontro, para complementação de informações ocorreu no dia 10/02/2020. No dia 13/01/2020 fiz a entrevista de complementação com a participante 02, porque havia inserido conteúdo, dando por sabidas algumas coisas que eu deveria perguntar a ela. A entrevista 04 foi realizada no dia 23/01/2020, e em razão das restrições decorrentes da pandemia do novo coronavírus que causa a doença Covid 19, eu não consegui realizar a entrevista de complementação. As entrevistas 05 e 06 foram realizadas nos dias 10/02/2020 e 03/03/2020, respectivamente.

Registro um aspecto importante anotado no diário de campo, relativo às condições de realização de cada entrevista. Inicialmente, eu não me preocupava com a definição prévia e reserva da sala para a realização da entrevista. Ao chegar no CAPS, eu perguntava à recepcionista ou ao técnico de referência sobre a disponibilidade. Desse modo, as entrevistas foram realizadas em três diferentes espaços: sala do médico, sala de acolhimento e sala de pré-consulta, tendo cada uma delas características próprias.

Nas entrevistas realizadas na sala do médico houve necessidade de maior concentração da atenção pelo participante e por mim em função do barulho da condensadora do ar condicionado da sala de recepção instalado na parede externa da sala do médico. Porém sem produzir interferência tão significativa, suficiente para impedir a comunicação e a audição da gravação.

A sala de acolhimento, por sua vez, próxima ao pátio, sofria interferência quando havia movimento de pessoas e de conversas do lado externo, porém sem impedir a gravação que permitisse a transcrição. A coordenadora do CAPS, após o meu comentário com ela sobre

o que eu notei de impróprio nos demais locais sugeri a sala da pré-consulta, e eu a utilizei uma vez, para a realização da última entrevista .

Portanto, seis pessoas usuárias do CAPS foram entrevistadas, quatro delas em um único encontro e duas delas em dois encontros. Quanto às quatro primeiras, a mais curta durou 23 minutos e 17 segundos e a mais longa durou 30 minutos e 12 segundos. Quanto às outras duas, houve necessidade de complementação e viabilidade para a realização do segundo encontro. Somando os tempos da entrevista e da complementação, a entrevista mais curta durou 35 minutos e 07 segundos e a mais longa durou 40 minutos e 11 segundos. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 33 minutos. Todas as entrevistas foram audiogravadas para posterior transcrição.

No início da pesquisa, a intenção seria que o número de pessoas participantes fosse definido conforme ponto de saturação do *corpus* de análise ou fechamento amostral, conceito não diretamente relacionado à quantidade final de participantes (representatividade estatística das pesquisas quantitativas), mas à qualidade das informações obtidas deles e à concepção de sua representatividade (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Segundo os autores, o fechamento amostral exige do pesquisador a explicitação dos critérios para interromper a seleção de novos casos, o que frequentemente ocorre por redundância ou repetição de informações.

Mas, no caso dessa pesquisa, no mês de março de 2020, com a eclosão da pandemia do novo Coronavírus, que causa a doença Covid 19, foi necessário interromper a frequência ao CAPS para novos convites e decidiu-se fazer a análise com as transcrições das seis entrevistas realizadas até aquele momento.

2.2 Aspectos éticos

Após a assinatura da carta de anuência pelo secretário de saúde do município, o protocolo de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP-UFU), tendo parecer favorável, conforme numeração gerada pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE 13660519.0.0000.5152).

Cópia do parecer e do projeto de pesquisa foram disponibilizados para o secretário municipal de saúde, para a gestora do CAPS e equipe, conforme breve relato a seguir.

Vale ressaltar que, como os coordenadores de CAPS não possuem autonomia para decidir e assinar a declaração de coparticipação, essa autorização é deferida ou pelo coordenador de saúde mental ou pelo secretário de saúde, que é o caso do município onde foi desenvolvida a pesquisa. Portanto, apenas após aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP), foi possível contatar diretamente a gestão do CAPS para as tratativas iniciais para entrada em campo. De posse do parecer de aprovação do projeto pelo CEP da UFU agendei reunião com o secretário municipal de saúde e, no dia 11/06/2019, entreguei a ele o parecer do CEP e solicitei autorização para entrada em campo. Nesta reunião, embora eu ignorasse, estaria presente a coordenadora do CAPS. Gostei muito da participação dela porque imprimiu transparência à conversa, de maneira que pude combinar de que modo enviaria uma cópia do projeto, que, a pedido da coordenadora, foi efetuado via e-mail. Em seguida à reunião, enviei a correspondência eletrônica, que não foi respondida, e as tentativas de contato pelo WhatsApp para me certificar do recebimento do e-mail não tiveram êxito. Então, por intermédio da secretária do gabinete do secretário de saúde foi possível agendar uma data para entregar presencialmente uma cópia do projeto para cada um dos sete técnicos de referência e para a coordenadora do CAPS juntamente ao parecer do CEP.

Após o convite e agendamento de cada entrevista, na data e horário escolhidos pelo participante, em sala reservada, foi feita a explicação sobre o TCLE⁸, de forma individual e pessoalmente, com a leitura do termo juntamente com a pessoa participante. Houve a explicação de que a qualquer momento ela poderia descontinuar a participação, não responder a alguma questão, dando ao usuário a clareza de sua livre vontade para contribuir com a pesquisa, bem como concessão de tempo para pensar ou trocar ideias com alguém de confiança, para decidir sobre a participação e assinatura do termo. Nenhum participante solicitou esse tempo para avaliar. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma entregue à pessoa participante, e em seguida a entrevista teve início, em sala livre do CAPS, podendo dar privacidade ao momento. Tudo de acordo com as normas do item IV da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e o capítulo III da resolução 510/2016 do CNS que dispõe sobre a ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais.

Quanto aos critérios de inclusão para o estudo é importante o registro sobre um deles: a capacidade de ser entrevistado. Foi realizada uma entrevista no dia 07/01/2020, posteriormente transcrita, e em seguida descartada para aproveitamento nesse estudo, porque o participante era interditado. Ele teve dificuldade de compreender e interagir com desenvoltura durante a entrevista, inclusive com dificuldade em assinar o TCLE, onde apenas desenhou o nome. A equipe desconhecia essa restrição de direitos, que foi relatada pelo próprio participante, quando ao final da entrevista eu lhe perguntei se ele gostaria de falar algo mais ao que ele respondeu que não, mas que havia uma coisa que ele achava muito ruim porque o interditaram e isso o impedia de administrar sua vida e seus bens. Então, houve um equívoco pela equipe ao considerar que esse entrevistado atendia aos critérios de inclusão, sugerindo seu nome para que fosse convidado para participar. Na supervisão sobre a

⁸ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Há uma cópia no Apêndice 2.

transcrição da entrevista retomamos os critérios de inclusão, decidimos por apagar o áudio e deletar a transcrição, inutilizando esse material.

Outra situação ocorreu no dia 18/01/2020. A experiência de entrevistar participante fora dos critérios de inclusão ia se repetindo, mas na conversa inicial com a pessoa convidada já me sobressaiu que havia algo estranho: não sabia ler, não sabia escrever, dificuldade em se expressar. Pedi licença ao entrevistado para suspender a entrevista por uns minutos e questionei a TR que reafirmou a não interdição, mas decidimos verificar com o restante da equipe. Uma antiga coordenadora do CAPS informou sobre a presença da medida restritiva de direitos para aquele usuário. De posse dessa informação eu agradei ao usuário pela disponibilidade, após ter esclarecido que ele não se encaixava em um dos critérios para ser entrevistado, que era o de não ser interditado.

Um último cuidado ético refere-se às transcrições. Para manter o anonimato das pessoas participantes, em cada entrevista transcrita, elas foram identificadas pelas referências: E1, para a primeira pessoa entrevistada, e assim sucessivamente: E2, E3, E4, E5 e E6. Também com o objetivo de preservar em sigilo a identidade das pessoas participantes, decidiu-se não declinar o nome dos profissionais do CAPS e o nome do município porque não é de grande porte. No momento dos resultados e discussão, cada pessoa entrevistada teve um nome fictício: Célia, Livia, Alcione, Públio, Margarida e Alba. A escolha foi feita a partir de romances espíritas que complementam o evangelho, cujas personagens são marcadas pelo sentimento de resignação, havendo alguma semelhança com as pessoas que são internadas, principalmente quando a internação é involuntária, na qual pode haver uma resistência inicial, um questionamento, mas depois as pessoas se rendem.

2.3 Procedimentos de análise

Para a análise do material transcrito foram adotados procedimentos inspirados no conceito de indicadores de Gonzalez Rey (2007) e na análise temática de conteúdo de Bardin

(apud Câmara, 2013). Esta consiste numa técnica metodológica que busca compreender as estruturas, características e modelos que estão por trás do conteúdo objetivo das mensagens. Câmara (2013) ensina que o método de análise de conteúdo com fundamento em Bardin contempla três fases de aplicabilidade: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

No caso desta pesquisa, a pré-análise consistiu na transcrição e impressão das entrevistas que haviam sido gravadas, cuja reunião compôs o *corpus* de pesquisa, que foi submetido a um contato inicial, ou seja, a uma exploração e leitura flutuante, seguida de leituras mais atentas, visando à etapa da codificação do material. Desse modo, leituras mais aprofundadas de cada entrevista foram sendo realizadas para a identificação de palavras-chave, com o objetivo de identificar os temas. As palavras-chave eram anotadas de forma manuscrita ao lado dos parágrafos da entrevista transcrita e impressa. A partir da identificação dos temas que se repetiam de uma entrevista a outra, as falas de cada uma das seis entrevistas foram agrupadas em blocos de cores, onde cada cor correspondia ao agrupamento das falas relativas àquele tema.

Desse processo resultou o material apresentado no capítulo de resultados preliminares do texto de qualificação, a saber, as seguintes categorias temáticas: (1) As explicações sobre o problema de saúde mental segundo os participantes; (2) Itinerários terapêuticos; (3) O papel dos medicamentos; (4) O que é importante para ter saúde mental?; (5) Rede de apoio e vida laborativa.

Após o exame de qualificação, inspirada na Epistemologia Qualitativa de Gonzalez Rey, houve uma releitura dessas cinco categorias iniciais para averiguar a possibilidade de adotar o conceito de indicador desse mesmo autor. Em relação à expressão coleta de dados, Gonzales Rey (2007a) a apresenta contrastando com a expressão indicador, expondo que o dado é explícito e produzido com a finalidade descritiva enquanto o indicador é implícito e

produzido com finalidade explicativa. O indicador é gerado a partir da capacidade reflexiva do pesquisador, e essa capacidade o transforma em produtor de novos conceitos e, portanto, de teoria, a qual sempre será uma representação arbitrária da realidade porque reducionista. Assim, diz o autor, o momento empírico fica muito mais associado como criação do que como coleta, com consequência direta sobre o valor das categorias, que não são gerais e “a priori”, mas específicas, ganhando sentido graças à interpretação do pesquisador naquele contexto social em que o fenômeno é estudado. O “dado” sempre apareceria numa organização de conceitos.

O conceito de indicador foi, portanto, utilizado para releitura do material e reorganização das categorias, aplicando-se à terceira etapa da análise de conteúdo (Câmara, 2013), que consiste no tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação – na qual o pesquisador busca o sentido que se encontra por trás do conteúdo manifesto dos documentos, ou seja, a partir das respostas dadas às questões norteadoras, o pesquisador procura o conteúdo latente, buscando tornar significativos e válidos os resultados brutos. Passa-se à interpretação de conceitos (sentido de referência geral) e proposições (enunciado geral baseado nos dados), voltando com atenção aos marcos teóricos relacionados à investigação para que se busque um sentido interpretativo decorrente da relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, fechando-se assim o processo de análise de conteúdo temática (Câmara, 2013).

Após esse processo foram estabelecidas as seguintes categorias a partir de diferentes indicadores, conforme Quadro 1:

Quadro 1*Categorias e indicadores construídos a partir das entrevistas*

Categorias	Indicadores
1 – O manicômio está presente	1 - Internação ocorreu antes de esgotar recursos do território/serviços abertos (segundo IT) 2 - Relatos sobre a experiência de internação: ser dopado + qualificação insuficiente das equipes de internação 3 - Rede muito frágil e sem suporte à saúde mental na atenção primária
2 – O CAPS funciona como espaço de convivência e substituto da vida social?	1 - Acolhimento, respeito, confiança 2 - Nenhum entrevistado estava em crise, mas ia ao CAPS na modalidade intensiva 3 - O CAPS é desconhecido (eu só venho uma vez...)
3 – Como surgem as crises: do sofrimento ao rótulo diagnóstico	1 - A experiência humana e os eventos de vida 2 - O sofrimento psíquico e o diagnóstico como rótulo
4 – Medicamentos psicotrópicos	1 - O medicamento cura 2 - O medicamento controla 3 - O medicamento auxilia o tratamento principal 4 - O medicamento é iatrogênico
5 – Saúde e apoio social	1 - Recursos não médicos 2 - Apoio social encontrado na convivência familiar 3 - Força de vontade e controle de pensamentos 4 - Ausência de solidão 5 - Fazer o que tiver vontade

3 Resultados e Discussão

Neste capítulo serão inicialmente apresentados os participantes da pesquisa, seus itinerários terapêuticos e as categorias elaboradas. A discussão foi articulada à apresentação de resultados, compondo portanto um único capítulo.

3.1 Apresentação dos participantes e seus itinerários terapêuticos

Dentre as pessoas entrevistadas, cinco eram mulheres cisgêneras e uma era homem cisgênero. Segundo Letícia Lanz (2015) a ideia de gênero não faz referência ao sexo biológico, com o qual nascemos. O gênero é algo que se aprende a ser mediante as propostas que nos são feitas, mediante o modelo de funcionamento que nos é proposto como aquele ao qual temos direito e a partir daí concluímos se tem ou não a ver conosco. Cisgênera é uma pessoa que se identifica com o seu sexo de nascimento no exercício dessas atividades do seu modelo de funcionamento e transgênero é quem não se identifica.

As cinco entrevistadas se ocupavam de tarefas do lar, ou seja, em cuidar da casa, das roupas e da alimentação das pessoas com quem residiam. Uma delas, além das atividades do lar, trabalhava à tarde como atendente em um comércio e era a única sem renda oriunda do INSS. Duas moravam sozinhas, duas com companheiro e uma com familiares (a filha, o genro e a neta). A mais nova tinha 43 anos e a mais velha 52. Todas elas tiveram mais de um filho. O único entrevistado, por sua vez, tinha 27 anos, apenas uma filha, e estava desempregado. No conjunto, a metade dos entrevistados tinha ensino médio completo e a outra metade ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Os dados sociodemográficos das pessoas entrevistadas neste estudo dialogam com estudo sobre o perfil de pacientes internados pelo SUS entre 2000 e 2014 (Rocha et al., 2021) que situaram a média de idade em 38 anos, a qual se aproxima da média de 42 anos

encontrada em nosso estudo. Por sua vez, em Silva et al. (2020), as maiores taxas de internação foram verificadas na faixa entre 30 a 59 anos, na qual se situam a idade de cinco dos seis entrevistados na presente pesquisa. Em ambos os estudos, a maioria era do sexo masculino, em contraste com a predominância de 83% de mulheres em nosso estudo. Todavia, havia pessoas do sexo masculino que frequentavam o CAPS no momento da etapa de campo da pesquisa e que não puderam participar da entrevista em razão da eclosão da pandemia de Covid-19 e da suspensão dos convites para novas entrevistas, o que pode explicar essa diferença entre os resultados do estudo do perfil em nível nacional e os do nosso.

Em seguida, serão apresentados os itinerários de cada participante. A partir das entrevistas, foi construída uma figura para representar cada IT, dando destaque para os serviços e recursos utilizados pelas pessoas participantes. Nem sempre foi possível apontar em que ano o recurso foi buscado/utilizado, mas tentou-se respeitar uma ordem temporal (do recurso mais antigo até o momento da entrevista).

Tabela 1*Caracterização das pessoas participantes*

Pessoas entrevistadas	Idade (anos)	Sexo	Com quem reside	Número de filhos/as	Ocupação	Escolaridade	Se tem companheiro(a)
Célia	46	Mulher	Filha, genro e neta	Duas	Tarefas do lar	EFI	Não
Lívia	43	Mulher	Só	Duas	Tarefas do lar	EFI	Não
Alcione	43	Mulher	Com o companheiro	Dois	Tarefas do lar	EFI	Sim
Públio	27	Homem	Avó e irmão mais novos	Uma	Desempregado	EMC	Não
Margarida	52	Mulher	Só	Duas	Tarefas do lar e vendedora	EMC	Não
Alba	45	Mulher	Companheiro	Quatro filhas e um filho	Tarefas do lar	EMC	Sim

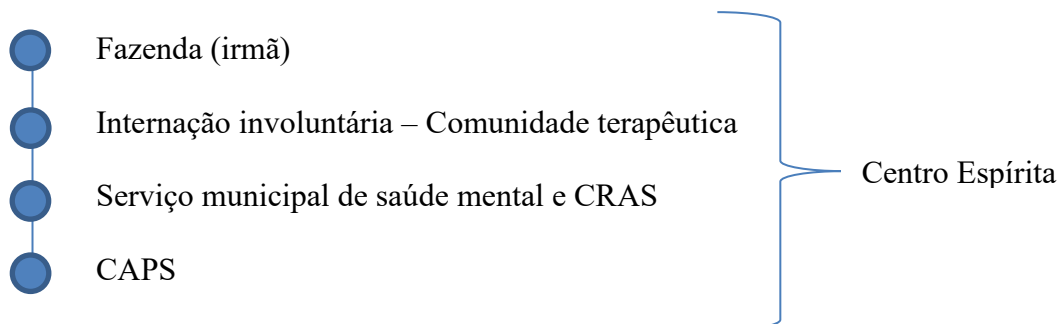
Legenda. EFI – Ensino Fundamental Incompleto; EMC – Ensino Médio Completo.

(a) Itinerário de Célia, 46 anos (E1)

O primeiro local de cuidado pelo qual Célia passou, já na fase adulta, foi contextualizado no âmbito familiar, pois ela ficou alguns meses na fazenda da irmã, lugar onde se sentia bem, sem o uso de álcool e outras drogas. A segunda experiência presente no IT de Célia foi uma internação, em razão do uso de álcool e outras drogas. Célia vivenciou unicamente essa internação psiquiátrica em instituição na qual permaneceu durante nove meses e, pela descrição dada, trata-se de uma comunidade terapêutica, embora ela utilize o termo clínica. Até a data da entrevista, ela não entendia o motivo dessa internação.

Seu itinerário terapêutico, após o retorno da internação, é marcado por ter frequentado, simultaneamente, o CRAS (local de acolhimento e escuta em sua compreensão) e um serviço de saúde mental municipal. A percepção dela é de que ambos os dispositivos contavam com equipes que lhes dedicavam atenção e escuta. Em 2016, começou a frequentar o CAPS uma vez por semana e depois passou a participar em regime intensivo, porque sentia muita solidão na casa da filha, com quem residia, e no CAPS teria alguma coisa para “ocupar a cabeça”.

Quanto ao Centro Espírita, não foi possível precisar o momento do percurso em que esse local de espiritualidade foi frequentado, mas ele aparece na trajetória de Célia como ponto de suporte à sua saúde.

Figura 1*Itinerário Terapêutico de Célia (E1)*

(b) Itinerário de Livia, 43 anos (E2)

Livia passou por três internações no percurso de sua vida: uma internação no início da idade adulta (em 2001) e duas já em plena maturidade. A primeira internação não se caracteriza como involuntária, mas também não se pode dizer que foi voluntária. Livia estava desempregada, morando com os pais, solteira, com uma filha de seis anos para sustentar e vivenciando divergências com a mãe, que desaprovava seu namorado. Ela se recorda de que, um dia, nesse contexto, arrancou a própria roupa e saiu correndo pela rua, indo parar em frente a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde foi internada. Após essa internação, conta que passou a ser dependente de medicação psicotrópica.

Entre a internação em 2001 e a subsequente, em 2007, o pai da entrevistada a levou em um benzedor no ano de 2003, porque ela sentia que alguma coisa a “pegava”, de maneira que chegou a rasgar a roupa do pai nessa experiência que foi interpretada por ele como consequência de trabalho de macumba.

As outras duas internações de Livia foram involuntárias, realizadas em um Hospital Especializado em Psiquiatria, nos anos de 2007 e 2017. Nessas duas oportunidades, o contexto de vida dela era marcado por desalento, preocupação e insegurança, que levavam Livia a interromper o uso da medicação. Em 2007, Livia viveu o desgosto pelo óbito do esposo (aquela pessoa que ela tanto queria namorar, embora a mãe objetasse) em decorrência de afogamento. O corpo nunca fora encontrado pelo corpo de bombeiros. Livia sentiu também o desamparo material (pois a entrevistada permaneceu um ano dependendo de benefício eventual do município para prover a própria alimentação, até o deferimento da pensão por morte pelo INSS) e emocional (em função da sensação de abandono e pouca capacidade para lidar com as adversidades).

Após aproximadamente três anos dessa internação, Livia passou a frequentar as atividades de um serviço de saúde mental municipal. Inicia em 2000, primeiro indo às

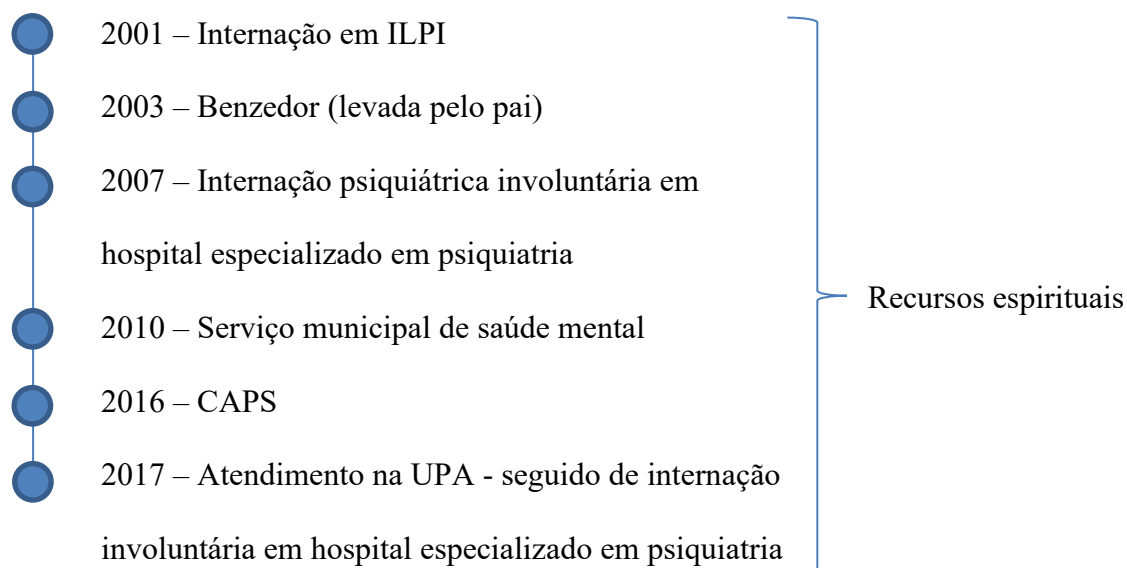
consultas psiquiátricas e, após incentivo de assistente social e psicóloga, passa a frequentar o serviço semanalmente para outras atividades. A partir de 2016, começou a participar do CAPS, opina que tudo ficou mais difícil e que ela ia apenas para passar o tempo: “eu vinha, mas nunca fiz nada não”. Até que decidiu manter, novamente, apenas as consultas agendadas com o psiquiatra, desvinculando-se de outras ações ofertadas pelo CAPS.

Em 2017, foi internada durante 12 dias em uma UPA do município, na qual o estudo se desenvolveu, e, em seguida, internada num Hospital Especializado em Psiquiatria. Nesse ano, a internação foi relacionada ao nervosismo que lhe causava a situação da filha caçula, que vivia com um homem que ganhava a vida com práticas ilícitas, era violento e não se preocupava em sustentar a esposa e ter responsabilidade com o filho pequeno. A vivência desse contexto a fez parar de tomar a medicação e Livia foi novamente internada.

Livia participou também de espaços de espiritualidade, como a igreja evangélica, mas sem precisar o momento exato em que isso ocorreu em sua trajetória.

Figura 2

Itinerário Terapêutico de Livia (E2)

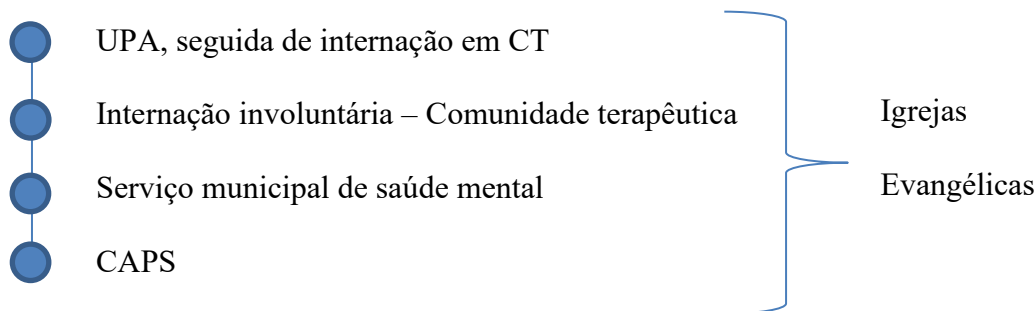


(c) Itinerário de Alcione, 43 anos (E3)

O primeiro serviço de saúde mental no qual Alcione esteve foi a Unidade de Pronto Atendimento do município no qual a pesquisa se realizou, mas não me atentei em perguntar sobre o contexto de vida de Alcione que teria motivado a sua internação. Permaneceu ali internada alguns dias e depois foi levada, involuntariamente, para uma instituição de internação psiquiátrica (porque fazia uso de álcool de outras drogas), a qual, pelas características descritas, tratava-se de uma comunidade terapêutica.

Após os nove meses de internação (ou um ano, pois ela não se recorda com precisão), Alcione passou a frequentar um serviço de saúde mental municipal. Em seguida e sem interrupção, passou a participar do CAPS local, inicialmente, em regime semi-intensivo, e depois, com o incentivo da psicóloga que a atendia no CAPS, passou a frequentar esse lugar de cuidado intensivamente.

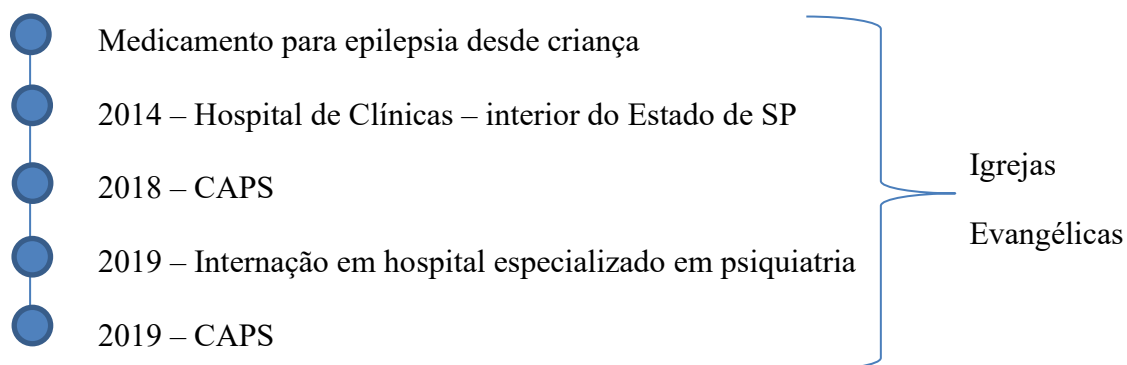
No percurso feito em busca de saúde mental, frequentou igrejas evangélicas, como Assembleia de Deus e Universal, buscando entretenimento, fé e confiança, bem como pedindo a Deus para “limpar sua cabeça” de maus pensamentos.

Figura 3*Itinerário Terapêutico de Alcione (E3)*

(d) Itinerário de Públio, 27 anos (E4)

Públio relatou tomar medicamento para epilepsia desde criança. Em 2014, foi atendido por um psiquiatra em um hospital de clínicas de uma Universidade do interior do Estado de São Paulo. Ele não se recorda se foi uma consulta ambulatorial ou em pronto atendimento. Já em 2018, passou a frequentar o CAPS, no local de realização da pesquisa. Mesmo participando desse serviço, foi internado em 2019, porque havia tentado suicídio, permanecendo durante 42 dias num hospital especializado em psiquiatria no interior do Estado de Minas Gerais e, após alta, retomou o vínculo com o CAPS.

Para o cuidado em saúde mental, relata que a igreja é o lugar onde gosta de ir porque lhe dá força e energia positiva, onde gosta de cantar hinos e louvores.

Figura 4*Itinerário Terapêutico de Públio (E4)*

(e) Itinerário de Margarida, 52 anos (E5)

Antes do adoecimento, Margarida participava das atividades do Centro Espírita, que ela considera como local de cuidado.

A porta de entrada para o cuidado formal em saúde mental foi o CAPS, local que começou a frequentar porque ficava telefonando e enviando mensagens de áudio e texto a

seus contatos de WhatsApp, dizendo que estava sendo estuprada e que colocavam arsênico em sua comida e água. Na sequência, após uma noite de permanência na unidade de pronto atendimento do município no qual a pesquisa foi realizada, Margarida foi internada em hospital especializado em psiquiatria, em 2018, quando ela estava com aproximadamente 50 anos de idade.

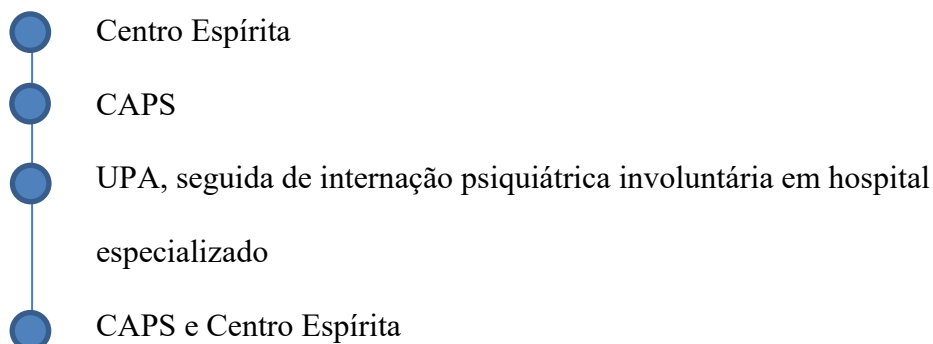
A internação no PA, segundo ela, foi uma estratégia para ser levada no dia seguinte para a internação. Margarida não soube precisar há quanto tempo estava em tratamento no CAPS quando a internação ocorreu, mas, em conversa informal com a equipe, esta apontou que o período era próximo de um mês. Quanto à natureza dessa internação, o relato de Margarida no decorrer da entrevista aponta que foi involuntária, pois uma psicóloga de um serviço de saúde mental municipal e o psicólogo do CAPS a acompanharam até a Unidade de Pronto Atendimento, dizendo que ela iria a uma consulta para acompanhar a mãe, mas ao chegar, notou que seria ela a pessoa a ser atendida.

O tom de voz revela mágoa ao descrever esse contexto em que acredita ter sido enganada, mas a atitude de Margarida é de resignação nesse momento do relato. Ela permaneceu internada por uma noite na UPA, local no qual foi amarrada ao leito. No dia seguinte, foi levada para internação em instituição especializada em psiquiatria, sem as informações às quais teria direito sobre o seu tratamento.

Após a internação, retornou para o CAPS e para as atividades do Centro Espírita.

Figura 5

Itinerário Terapêutico de Margarida (E5)



(f) Itinerário de Alba, 45 anos (E6)

Quanto ao cuidado em saúde mental, Alba diz ter epilepsia desde a infância, e faz tratamento com neurologista, mas não perguntei desde quando. Na idade adulta, iniciou tratamento ambulatorial público com um psiquiatra em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais, porque tinha crises de pânico, crises de ansiedade e fazia coisas que não lembrava depois. Alba foi internada na UPA do seu município de origem, cujo motivo causador da internação eu não me atentei em perguntar, e em seguida, transferida para uma internação psiquiátrica, que ocorreu no ano de 2019, em leito psiquiátrico em hospital geral. Ela relata que seu esposo lhe contou que, na ocasião, os médicos não conseguiam chegar a um diagnóstico sobre o problema dela e, por isso, a encaminharam para essa internação psiquiátrica. Ficou apenas um dia internada, pois o marido se comprometeu a levá-la diariamente ao CAPS e então ela recebeu alta. Pela descrição das características do local de internação e dos internados, que nas palavras dela estavam “dopados”, “parecendo zumbis” e “sem atividades”, realmente parece ter sido internação psiquiátrica.

Alba cita que, quando passa mal, vai à UPA, saindo do CAPS já acompanhada pela enfermeira do próprio CAPS (foi internada na UPA umas três vezes, ao longo de um ano de

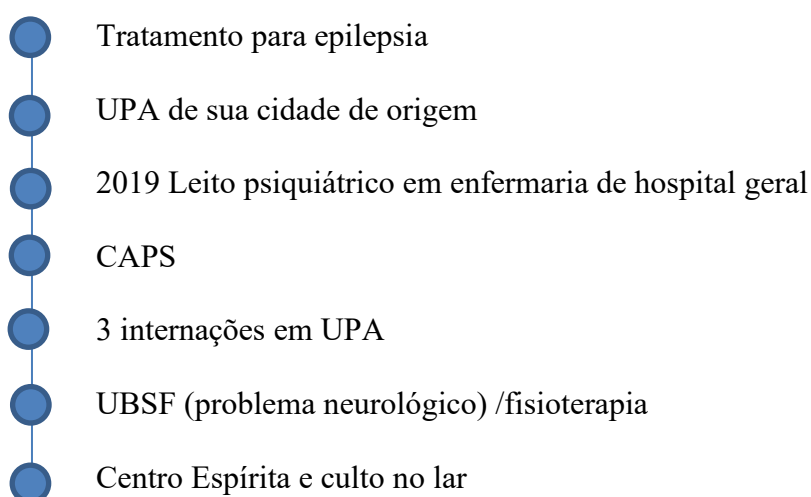
cuidado pelo CAPS). A expressão “passa mal” foi usada de forma genérica por Alba, sendo que eu não cuidei de dar especificidade a ela.

Outro ponto da rede de saúde que faz parte de seu IT é a unidade básica de saúde da família (UBSF), onde faz acompanhamento com o médico “porque foi o único que entendeu um pouco o meu problema”. Além dessa compreensão por parte do médico que parece fortalecer seu vínculo com a atenção primária, Alba afirma que seu problema é neurológico e que vai sempre à UBSF com o objetivo de conseguir encaminhamento para fazer sessões de fisioterapia.

Participa da religião do esposo, que é espírita, porque antes dessa decisão ele a levou a algumas igrejas, que Alba não nomeia, mas relata que passava mal por causa do “barulhão” durante o culto, que fazia piorar seu estado de saúde. Utiliza o livro Evangelho Segundo o Espiritismo para fazer o culto no lar duas vezes por semana.

Figura 6

Itinerário Terapêutico de Alba (E6)



Finalizada a apresentação das trajetórias de cada participante e para facilitar a compreensão do percurso de cada entrevistado por serviços de saúde, foram destacados, de cada entrevista, todos os serviços os quais os participantes se recordaram ter frequentado. Os equipamentos de saúde presentes nos itinerários terapêuticos de cada entrevistado são apresentados no Tabela 2. Desse conjunto, deve ser destacado o predomínio de uso de serviços como CAPS, instituições para internação (instituição de longa permanência para idosos, comunidade terapêutica, hospital especializado em psiquiatria, leito psiquiátrico em enfermaria de hospital geral) e pronto-atendimento, com baixo uso de serviços de atenção primária (como ocorre no caso da participante Alba).

Tabela 2

Serviços nos quais já foi atendida cada pessoa participante

Entrevistado/a	Serviços/ profissionais pelos quais o/a participante foi atendido
Célia	Internação numa clínica no Estado de São Paulo – Serviço Municipal de Saúde Mental e CRAS - CAPS
Lívia	Internação em Instituição de Longa Permanência para Idosos (2001) em outro Estado - Internação em Hospital Especializado em Psiquiatria no Estado de Minas Gerais (2007) - CAPS – (2016) – Internação (2017) – CAPS
Alcione	Pronto Atendimento - Internação em Comunidade Terapêutica no Estado de Minas Gerais - Serviço Municipal de Saúde Mental - CAPS
Públio	Serviço –Escola de Universidade no interior de outro Estado – CAPS - Internação Hospital Especializado em Psiquiatria no Estado de Minas Gerais - CAPS

Entrevistado/a	Serviços/ profissionais pelos quais o/a participante foi atendido
Margarida	CAPS - Internação em Hospital Especializado em Psiquiatria no Estado de Minas Gerais – CAPS
Alba	Internação no Pronto Atendimento com encaminhamento para internação em Leito psiquiátrico em Enfermaria de Hospital Geral- Pronto Atendimento (quando passa mal) - PSF – conversa com médico que entende o problema dela – objetivo de obter encaminhamento para fisioterapia – CAPS

3.2 Categorias e indicadores

Categoria 1: O manicômio está presente

As descrições dos Itinerários Terapêuticos apontam que há uma lógica manicomial presente nos percursos de busca por saúde trilhados pelos entrevistados. Três indicadores apontam para essa lógica manicomial.

O *primeiro indicador* refere-se ao fato de, antes de esgotar os recursos extra-hospitalares no território, Célia (E1), Alcione (E3) e Alba (E6) (Figuras 1, 3 e 6, respectivamente) tiveram a experiência da internação, contrariando a orientação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, brasileira, contida na Lei 10.216/2001 que orienta o cuidado em liberdade até que a internação seja o último recurso para tratar.

A forte presença de internação psiquiátrica em hospital geral e especializado identificada nas entrevistas é similar ao que é apontado por Rocha et al. (2021) em estudo de nível nacional a partir de ampla base de dados, revelando que o protagonismo do hospital foi

diluído ao longo dos anos de 2000 a 2014, mas sem uma ruptura completa com o modelo que alimenta o parque hospitalar ainda existente no Brasil.

O *segundo indicador* refere-se aos relatos sobre a experiência de internação que envolvem ter sido “dopado/a” de medicação durante a permanência na instituição, somado à qualificação insuficiente das equipes de internação e à necessidade de internação após o ingresso da pessoa no CAPS. Na leitura dos itinerários terapêuticos em seu conjunto, chama atenção que três dentre as seis pessoas entrevistadas já estavam sendo cuidadas pelo CAPS quando passaram por uma internação psiquiátrica: Lívia, Públio e Margarida. Além disso, devemos realçar que Públio e Margarida estavam passando pela primeira internação. Desse modo, ainda que esses participantes estivessem vinculados a um dispositivo criado pela legislação para ofertar um cuidado capaz de lidar, inclusive, com as experiências de vida mais sofridas e que desarticulam com mais profundidade as pessoas (CAPS), esse vínculo não impediu a internação superveniente.

Como serviço substitutivo ao tratamento mediante internação, ou seja, um serviço que está posto para ocupar gradativamente, mas definitivamente, o lugar dos hospitais, os CAPS são estratégicos na estruturação e no funcionamento eficaz da RAPS, que é uma rede de atuação na área da saúde mental, composta por atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada (as diversas modalidades de CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, estratégia de desinstitucionalização e estratégia de reabilitação psicossocial. Estudo das autoras Macedo e Camargos (2021) analisando a RAPS e a cobertura dos CAPS em Minas Gerais, comparando 2011, ano que marca o início da implantação da RAPS, com 2018, revelou que, em relação aos CAPS I (modalidade-campo de desenvolvimento dessa pesquisa), houve um aumento de 74 (setenta e quatro) equipamentos, pois em 2011 eram 87 (oitenta e sete) unidades e em 2018 somavam 161 (cento e sessenta e um) CAPS habilitados. Esse avanço na cobertura de CAPS I em Minas Gerais foi mais

expressivo do que a expansão de CAPS II (aumento de 12 unidades no período do estudo) e CAPS III (aumento de 10 unidades), e as autoras analisam que isso pode ter ocorrido devido ao critério populacional de 15 mil habitantes, pois, afinal, a maioria dos municípios mineiros possui menos de 20 mil habitantes.

O presente estudo não teve o objetivo de relacionar o aumento dos CAPS habilitados em Minas Gerais com a movimentação no ritmo das internações, mas sem dúvida é um avanço importante revelar o aumento na implantação de um dispositivo de saúde mental estratégico para a consolidação da RAPS na proporção em que seu modo de funcionar e desenvolver atribuições demonstrar constante conectividade com os demais pontos da rede, e não como um serviço isolado que tem o domínio de saberes e práticas especializadas que são de seu exclusivo conhecimento. A mensagem de Rotelli (1991) é completamente atual, ao recomendar que os saberes devem ser compartilhados com toda a sociedade viva, tanto os saberes entre os serviços, como dos serviços informando e formando toda a comunidade de um território. Desse modo, progressivamente, talvez nenhuma pessoa participante de um CAPS venha a ser internada após estar efetivamente cuidada pela equipe desse equipamento, sempre em articulação, especialmente, com a atenção básica, pois os CAPS têm essa atribuição legal de supervisionar e capacitar tais equipes no âmbito de seu território (Portaria 336/2002). Com a presença de comunidades terapêuticas na RAPS em 2011 e de hospitais especializados em psiquiatria posteriormente, o CAPS seria mesmo um serviço substitutivo da internação?

Sobre a qualificação das equipes, nos locais de internação elas foram percebidas pelas pessoas entrevistadas como insuficientemente qualificadas para o serviço que ofereciam, de modo que utilizavam recursos que violavam os direitos humanos no manejo das situações, como: *“Ficava muito amarrado. Eles dopavam muito a gente.” (Públio)* e *“Muito ruim ver as*

peças medicadas, andando igual zumbi, tudo fechado.” (Alba). Ainda ilustram esse indicador:

Porque eles não têm capacidade de cuidar de nós. Eles não sabem conversar, eles não sabem explicar, eles não sabem te responder uma pergunta. Tudo para eles é na ignorância, é no grito, sabe assim? (Célia).

As enfermeiras, os enfermeiros, eles não têm... assim, aquela paciência, eles são mais assim... parece que tem o estudo pouco para essas coisas, para eles trabalhar lá [hospital especializado em psiquiatria]. Eles não têm o estudo para isso quase [...]. Chegou um tempo lá que eu fiquei passado da conta e eu dormia amarrada; eles me amarraram. (Lívia).

O segundo indicador traz uma outra questão relacionada ao problema da internação após o ingresso do usuário no CAPS, que é um equipamento destinado a dar contorno à crise, impedindo a internação. A crise foi objeto de atenção em pesquisa realizada sobre como os CAPS de Vitória – ES cuidam das pessoas adultas em sofrimento psíquico grave (Castro & Louzada, 2021). As autoras destacam uma concepção de crise na qual todas as dimensões da vida são inseridas, ampliando a perspectiva reducionista da crise aos sintomas e à dimensão biológica. Elas colocam que cuidar da crise que sobrevém no cotidiano dos equipamentos requer a abertura para que os afetos sejam considerados no campo relacional e a circulação e permanência dos usuários dentro do CAPS aconteçam de forma similar ao modo como ocorrem nas ruas da cidade, que são exploradas com liberdade, interação, criando novas paisagens e gerando novos afetos.

Esse modo de prestar o cuidado certamente demanda processos contínuos de capacitação das equipes, requisito que não se restringe a nenhuma equipe em específico, porque é essencial tanto nos serviços substitutivos, quanto hospitalares e da atenção primária. Desse modo, poderíamos pensar o tratar sem hiper medicar e conter fisicamente no hospital

psiquiátrico (onde o que acontece não tem controle direto da sociedade) como correspondente ao tratar permitindo a resistência, a crítica, a discordância sobre as modalidades de oficinas nos CAPS. Nesse sentido, Argiles, Kantorski, Willrich e Coimbra (2017) compreendem que a desconformidade de comportamentos em relação a padrões estabelecidos e serializados na convivência social (que podem desencadear crises) demandam a criação de espaços coletivos de expressão e criação nos serviços substitutivos (mas vale também para os hospitalares) para a produção da subjetividade individual e coletiva de trabalhadores e usuários. Entendemos que, nos serviços em que a produção de subjetividade norteia o cotidiano das ações, há um potencial para que a crise seja renomeada como experiência de vida, passando a ser acolhida ao invés de rejeitada/medicada/sufocada.

O *terceiro indicador* refere-se à necessidade de fortalecimento da RAPS e ausência de suporte à saúde mental dos entrevistados na atenção básica.

Nos registros do diário de campo, em reunião com a coordenadora do CAPS, esta informou que havia uma RAPS no município. Na atenção de urgência e emergência, o município contava com o SAMU (que buscava o paciente em crise e faz esse primeiro atendimento) e uma unidade de pronto atendimento 24 horas (que dava seguimento ao atendimento). Na atenção hospitalar, não havia leitos de psiquiatria em hospital geral, de maneira que, quando a crise não era estabilizada no CAPS ou no PA, o usuário era transferido para o hospital especializado em psiquiatria de referência. A coordenadora explicou que, como a Unidade Hospitalar privada era resistente em “internar pacientes da saúde mental” (tanto que não havia leito pactuado de SM no município), o PA reservava um leito mais isolado para esse público, contando com a sensibilidade e flexibilidade do diretor clínico.

A coordenadora ressaltou a importância do matriciamento, que consiste na articulação e acompanhamento dos casos mais complexos de saúde mental, realizados pelos profissionais do CAPS nas reuniões multiprofissionais que ocorrem junto às equipes da atenção primária.

Esclareceu que havia 100% de cobertura do território por seis unidades básicas de saúde da família e que as técnicas de referência do CAPS participavam dessas reuniões que aconteciam mensalmente. Cada profissional era responsável pelo matriciamento de uma unidade de saúde da família. Entretanto, há que se ressaltar que, nas entrevistas, as unidades de atenção primária não apareceram como pontos de cuidado em saúde mental nos itinerários terapêuticos.

Esse terceiro indicador mostrando um contraste entre a percepção da coordenadora e a ausência da atenção primária no cuidado às pessoas entrevistadas permite refletir sobre a ferramenta do matriciamento na consolidação de uma rede de cuidados, que pode ser enriquecida com o estudo das autoras Frazatto e Fernandes (2021). Em um relato de experiência, elas discutem as práticas de matriciamento em um CAPS I, que pode valer como uma complementação ao modo como a coordenadora relata a prática ocorrida no CAPS em estudo. No estudo das autoras, a equipe do CAPS elaborou uma agenda de matriciamento com todos os setores previamente identificados para formar parcerias, e que poderiam ser articuladas ao CAPS para integrar o processo de construção compartilhada do cuidado. Assim, além das equipes de atenção primária à saúde e pronto atendimento, o Ministério Público, a Assistência Social, profissionais de instituições filantrópicas foram convidados a participarem das reuniões nas quais informações sobre o CAPS eram compartilhadas, casos eram discutidos e temas pertinentes eram estudados. Como resultado desse trabalho de ampla agenda de matriciamento, o fluxo foi organizado de modo a produzir uma resposta igualmente ampla e potente, pela rede, por meio da adesão aos princípios da corresponsabilização em substituição à prática formal do encaminhamento.

Esse exemplo pode ser utilizado em uma proposta devolutiva da pesquisa ao CAPS, como modos de pensar e fazer o matriciamento de uma forma mais ampliada, de maneira que o trabalho articulado possa ser mais efetivo e integral, em uma tentativa tanto de frear as

internações psiquiátricas quanto de discutir a inserção da atenção primária nos cuidados a pessoas em sofrimento psíquico que se encontrem fora da crise, portanto, prescindindo a atenção no CAPS.

Categoria 2: O CAPS funciona como espaço de convivência e substituto da vida social?

Como o nome da categoria sugere, o CAPS surge no discurso dos entrevistados como um local para convivência, quase um substituto da vida social. O *primeiro indicador* é formado pelas falas de Célia, Alcione, Públio e Margarida, que realçam o CAPS como parte importante de suas vidas. Acolhimento, confiança, respeito, liberdade, vínculo positivo com as profissionais e as atividades realizadas marcam o discurso desses participantes sobre o CAPS:

No CAPS, eu não posso clamar de nada, porque aqui nós temos atenção, nós temos os profissionais que eu acho que são... é, tipo assim, eu acho que se as pessoas da clínica vissem esse pessoal daqui trabalhar, eles iam ficar de boca aberta porque como diz, lá não existem profissionais como aqui, não [...] Só de eu saber que eu estou aqui [no CAPS], como diz, eu me sinto guardada. (Célia).

A consulta com a minha psicóloga me ajuda muito no meu dia a dia [...]. Porque aqui [no CAPS] tem certa liberdade. A pessoa faz o que quer. Fica à vontade. Quer dormir, dorme. Quer tomar os remédios, toma, não quer, não toma. A pessoa faz o que quer. (Alcione).

Pela educação que eles conversam comigo, pelas brincadeiras que eu brinco com eles, as atividades que nós fazemos. Eu tenho muita confiança com o povo aqui do CAPS. E pelo respeito também. Eles têm muito respeito um pelo outro aqui dentro. (Públio).

Por outro lado, o CAPS também aparece como possibilidade de ocupar o tempo:

É como se fosse uma terapia [as atividades do CAPS] [...] A gente ocupa a mente, ocupa a mente com outra coisa, com outra atividade [...] porque enquanto você está fazendo alguma coisa, você tem que concentrar no que você está fazendo. (Margarida).

Os apontamentos feitos pelas pessoas entrevistadas sobre aspectos positivos nas relações estabelecidas no CAPS entre trabalhadores e usuários nos dizem sobre o sentimento de serem respeitadas e valorizadas em suas necessidades e demandas. Mas também nos conduzem a uma reflexão sobre o modo como a proposta envolvida na atenção psicossocial está sendo desenvolvida nesse serviço.

Argiles et al. (2017), em estudo de caso numa pesquisa de avaliação do serviço de CAPS em Alegrete/ RS, discutem a produção de subjetividade como processo de diferenciação permanente de trabalhadores e usuários. Entendem as autoras que, para se forjar essa subjetividade, é fundamental a presença da resistência, da crítica e do exercício do direito de discordar. Assim, a subjetividade se automodelaria a partir de referências próprias. Essa perspectiva, de certo modo, contrasta com aquilo que é trazido nas falas agrupadas no indicador 1, porque trazem a ideia de que o CAPS é um lugar perfeito enquanto espaço de convivência social, onde as relações são sempre pacíficas e harmoniosas, o que, de fato, quem conhece o cotidiano desse tipo de serviço sabe que se distancia da experiência de cuidado nessas unidades.

O *segundo indicador* agrega as falas das pessoas entrevistadas nas quais se percebe que não estão em crise, mas frequentam o CAPS diariamente, como a modalidade intensiva de tratamento propõe (Portaria 336/2000). Essa era a situação de Célia, Alcione, Públio e Alba, que participavam do CAPS à época das entrevistas, de segunda a sexta, das 7 às 17 horas, ou seja, durante todo o horário de funcionamento do serviço, o que mostra um desacordo com a recomendação legal de aplicar esse regime para os casos de crise, os casos

agudos. Nenhuma dessas pessoas estava em crise no momento da entrevista, até porque um dos critérios para inclusão na pesquisa era a avaliação pela equipe de que a pessoa tinha condições de responder a uma entrevista, sendo que uma pessoa em crise certamente não cumpriria esse requisito. Todos compreenderam claramente o TCLE e responderam, com consciência e lógica, as questões do roteiro.

Desse modo, para a maioria das pessoas entrevistadas, o segundo indicador aponta para o CAPS como substituto da vida social restrita que os usuários levam: *“E eu passei a ficar aqui [no CAPS] porque eu não estava aguentando mais de tanta solidão, estava quase virando uma depressão, sabe.” (Alcione) e “Eu acho que poderia funcionar aos sábados e aos domingos [referência ao CAPS].” (Alcione).*

A permanência sob os cuidados do CAPS, por si, parece não garantir promoção de autonomia e reinserção social. Esse aspecto do CAPS como substituto da vida social, indicando a pobreza de vínculos dos usuários com pessoas e redes, parece dissociado com o sentido da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/2001), na qual se diz que a reabilitação da pessoa em sofrimento mental só acontece com a reinserção na família e na comunidade e que o tratamento terá como finalidade permanente a reinserção do paciente em seu meio. Sendo assim, aponta para uma importante lacuna com a qual esse serviço de saúde mental precisa lidar.

A vida social restrita aparece na fala de Alcione, que identifica o CAPS como único recurso de interação com pessoas: *“Hoje eu não bebo mais, não uso mais, só que não tenho amigos, eu não tenho amizade, eu não tenho contato com ninguém, eu só tenho contato aqui no CAPS.”(Alcione).* Essa fala de Alcione nos remete ao problema da nova cronificação que acontece no interior dos dispositivos criados para substituir o modelo manicomial.

Segundo as autoras Bongiovanni e Silva (2019) essa nova cronificação é oriunda de uma prática reformista que produziu a desospitalização, mas que não fez um investimento no

processo de desinstitucionalização mantendo a lógica manicomial agora fundamentada na dependência (dos usuários em relação ao serviço) e na tutela (do serviço em relação aos usuários) ao invés de nas nomenclaturas utilizadas pela medicina para se referir a doenças crônicas. As autoras destacam essa cronificação principalmente para aqueles usuários que tem no CAPS seu único local de convivência, como é o caso de Alcione.

A leitura conjunta do primeiro e do segundo indicadores aponta para uma contradição no modo pelo qual o CAPS é percebido pelas pessoas entrevistadas. Ao mesmo tempo em que o equipamento pesquisado promove o sentimento de ser valorizado e respeitado (indicador 1), traz também a ideia de promotor de uma dependência social (indicador 2), aspectos que podem ser relacionados com essa nova institucionalização.

Essa contradição nos remete a algumas construções teóricas relacionadas com o pensamento de que, sendo a reforma psiquiátrica um processo social, o processo de desinstitucionalização por ela postulado será sempre contraditório (Rotelli, 1991), porque a reforma psiquiátrica não é uma revolução na qual tudo muda ao mesmo tempo, produzindo uma transformação total no pensamento e nas concepções. Essa construção de Rotelli (1991) dialoga com Tosquelles (Sivadon, 1989) e Machado (2006), que apontam maneiras pelas quais essa contradição pode ganhar gradativamente uma tendência para a ampliação de práticas desinstitucionalizantes: desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico (Machado, 2006) e desconstrução dos muros do asilo existente dentro de nós, possibilitando desmontar a contradição trazida pela clivagem e construir a homogeneidade do eu (Sivadon, 1989).

Continuo essa reflexão sobre a RPB para relacioná-la ao papel das equipes no impedimento da continuidade dessa nova institucionalização a partir da teoria da subjetividade de Gonzáles Rey (2007 a). A RPB é um processo social complexo (Amarante, 1995), que tem como argumento originário o reclame da cidadania do louco (Tenório, 2002) e

que concentra na transformação das relações reificadas de poder (não só nas instituições totais, mas também nas parciais) (Rotelli, 1991) o meio para atingir sua finalidade, que consiste em mudar o modo como a sociedade se relaciona com a loucura. Um objetivo tão amplo não poderia ser obtido no cotidiano de nossas práticas por meio de um movimento linear e uniforme, isento de atravessamentos e revezes. Como evoluir para a ampliação da atuação não manicomial entre e pelos trabalhadores na saúde mental? Eu coloco essa questão porque considero que a transformação dos fundamentos, teorias e conceitos que sustentam as práticas desses profissionais é condição necessária para a transformação das relações, à qual se refere Rotelli (1991).

A desconstrução do manicômio interno que nos habita (por meio de uma falange de figuras, tais como: preconceito, desinformação e carência de conhecimento, julgamentos incriteriosos) requer uma plataforma de pensamento para avançar em reflexões teóricas, sem as quais nossas práticas manicomiais se perpetuarão. Eu arriscaria dizer que é provável que esse manicômio interno tenha participação importante na formação da nova institucionalização, que acontece no cotidiano dos dispositivos criados para romper com o modelo manicomial medicalizante-hospitalocêntrico (Costa-Rosa & Yassui, 2008). Como superar essa nova institucionalização de nossas práticas? A Teoria da Subjetividade de Rey (2007) é uma resposta fértil para resolver esse impasse. Gonzáles Rey é autor de um modelo teórico que propõe a ruptura com a noção de transtornos mentais para colocar em seu lugar a expressão “configurações subjetivas”. Essas configurações, segundo Gonzalez Rey (2007a), são constituídas a partir de sentidos subjetivos que emergem das experiências vividas e que aparecem nas ações das pessoas nos espaços de subjetividade social, que é a dimensão subjetiva da sociedade.

Gonzalez Rey (2007b) diz que a subjetividade social não é a soma da subjetividade dos indivíduos, mas uma produção que acontece pelos processos relacionais, discursivos,

imaginários que se realizam no espaço social. A construção dessa subjetividade dentro de uma perspectiva histórico-cultural, porque considera as experiências vividas e significadas pela pessoa, é, na própria expressão de Gonzalez Rey (2007c), subversiva.

A partir dessa perspectiva, é possível defender que cada trabalhador em saúde mental precisa subverter o sistema simbólico e representativo que sustenta seu manicômio interno para transformar suas relações com os usuários do serviço, por meio da mudança de seus registros e consequentes deslocamentos daí decorrentes. Desse modo, poderá ativar a participação dinâmica e criativa de todos e todas na totalidade das decisões cujos temas lhes dizem respeito. Se o profissional ainda não teve a oportunidade de produzir sua própria subjetividade, sendo protagonista na construção de seus próprios referenciais, que instrumentos e ferramentas ele terá para promover esse aprimoramento nas relações que estabelece com as pessoas que usam o serviço?

Muitas atividades desenvolvidas nos serviços vocacionados para materializar a superação do modo manicomial não produzem nos usuários esse tom subversivo a que se refere González Rey (2007c). Um exemplo de atividade realizada em espaço coletivo no CAPS, mas que provavelmente não colabore na produção de subjetividade (dentro dos aspectos aos quais nos referimos), nos é conferido por Menezes e Pegoraro (2019). Em revisão integrativa da literatura com o objetivo de fornecer um panorama das atividades grupais direcionadas a adultos e desenvolvidas por meio dos CAPS, as autoras destacaram do *corpus* de análise uma categoria cotejando a reprodução do modo manicomial *versus* a desinstitucionalização, cujas características podem ser extraídas a partir do modo pelo qual as oficinas se desenvolveram. Nos artigos pesquisados por Menezes e Pegoraro (2019), foi relatada a compreensão das oficinas como “fazer pelo fazer”, sem descobrir um sentido para essa prática e fazer uma atividade com o objetivo de “ocupar a mente”, como Margarida (entrevistada nesse estudo) expressou em uma de suas falas. Esses modos de compreender as

oficinas certamente são ineficazes para produzir subjetividade porque expressam passividade, uma simples forma de ocupar e entreter, uma ocupação empobrecida de trocas e de significado para os usuários em seus contextos reais de vida. Concepções que não comungam com a ideia de subversão trazida por Gonzalez Rey (2007c).

Portanto, as oficinas não significam, necessariamente, a ruptura e a superação das formas de pensar e agir da lógica manicomial, especialmente quando elas são consideradas como finalidade em si mesmas.

Outro estudo realizado por Fiorati e Saeki (2013), a fim de avaliar o modo como o modo psicossocial estava sendo efetivado em serviços extra-hospitalares de Ribeirão Preto – SP, revelou que muitos dos profissionais entrevistados apresentaram uma concepção de reabilitação psicossocial como aproximação da pessoa em sofrimento psíquico das condutas normatizadas e de papéis sociais adequados, o que diverge da noção de subversão. O processo de trabalho desenvolvido dentro dessa noção de subversão demandaria um plano de cuidado capaz de cotejar as necessidades de saúde dos usuários, considerando as questões econômicas e sociais cotejadas com as ofertas profissionais (cuidado, saberes e instrumentos), o que designaria o modo operacional da equipe. Assim, ao invés de trabalhar pelo remodelamento dos padrões de comportamento, o projeto terapêutico produziria mudanças a partir da posição da pessoa em relação ao seu quadro de vida, corresponsabilizando-a na construção de saídas.

O terceiro indicador apresenta o CAPS como um serviço de saúde desconhecido aos usuários entrevistados. Ao ser perguntada sobre sua opinião a respeito do serviço do CAPS, a resistência de Margarida é demonstrada pela dificuldade em dizer outras características além do aspecto acolhedor que ela atribui ao CAPS, mas também é preciso ressaltar a minha inabilidade, pois eu poderia ter perguntado o significado de serviço acolhedor ao invés de “que mais?”.

Pesquisadora: Acolhedor....que mais?

Margarida: Acolhedor.

[...]

Pesquisadora: Mas mesmo que um serviço seja bom, se fosse pra você pensar em alguma coisa que pudesse ficar um pouco melhor, que pudesse ser aprimorado, o que você sugeriria?

Margarida: É difícil de falar isso porque como eu venho só uma vez por semana, eu não sei o que acontece no resto da semana, então já é mais complicado de responder.

De todo modo, houve resistência, que pode ser entendida como a revelação de que o CAPS é desconhecido ou pode também ser a expressão de um sujeito ativo capaz de reagir à inexperience de uma pesquisadora e de estar implicado na produção de uma subjetividade não serializada, da qual falam Argiles et al. (2017).

Categoria 3: Como surgem as crises: do sofrimento ao rótulo diagnóstico

Esta categoria é formada a partir de dois indicadores: (1) A experiência humana e os eventos de vida e (2) O sofrimento psíquico e o diagnóstico como rótulo.

Várias situações caracterizam o que habitualmente chamamos crise, por exemplo, a tentativa de suicídio, agitação psicomotora, comportamento violento. A psicopatologia traz uma distinção entre crise, surto e fase. A crise tem curta duração, começa e termina de forma abrupta, como as crises epiléticas, as crises histéricas, de pânico, que podem durar segundos, minutos e, mais raramente, horas. O surto aparece de forma súbita, mas vem de uma doença de base e provoca danos à vida psíquica do sujeito; pode durar meses, como no caso da esquizofrenia. Já nos quadros afetivos, usa-se a palavra fase para caracterizar os períodos de depressão e de mania (Canal Minas Saúde, 2013).

Independentemente da nomenclatura, são situações nas quais a pessoa encontra-se fragilizada, tanto do ponto de vista psíquico como social.

Dell'Acqua e Mezzina (1991), ao discorrerem sobre um dos Centros de Saúde Mental de Trieste, Itália, reconhecem como situação de crise alguns aspectos relacionados à dimensão psicopatológica, à dos laços sociofamiliares e à da posição da pessoa em crise face ao seu quadro. Assim, eles enumeram cinco parâmetros para caracterizar a crise: grave sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social; recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos); recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito, e situações de alarme no contexto familiar e/ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-los.

Os autores consideram que, anteriormente às intervenções territoriais ocorridas por intermédio dos Centros de Saúde Mental no território triestino, as pessoas com essas características eram encaminhadas para internação forçada. Após 1980, houve um trabalho de contato com os pacientes, de tomada de responsabilidade pelos operadores (técnicos), que assumiram a função de referencial ativo às demandas relativas às situações de miséria, de distúrbio e de conflito, sempre considerando a necessidade do paciente com uma intencionalidade de proximidade. Seria essa uma forma de atuação de CAPS e de serviços de atenção primária junto a casos de saúde mental no território?

De modo mais ou menos detalhado, as entrevistas analisadas nesta pesquisa permitiram agregar informações sobre o contexto em que as crises psiquiátricas ocorreram. O *primeiro indicador* aponta crises desencadeadas pelas dificuldades vividas pelas pessoas entrevistadas, em contextos geradores de sofrimento, cujas crises solicitavam a atuação da RAPS.

A não garantia de acesso aos bens de cidadania promoveu em Lívia, Públio, Margarida e Alba experiências de vida bastante complexas, provocando uma desarticulação das dimensões do existir e no modo de levar a vida. As falas a seguir são ilustrativas do sofrimento das pessoas entrevistadas e revelam: em Lívia, o medo da experiência da fome

(não garantia do direito à alimentação) e o conflito com a mãe; em Públio, o desgosto com a vida sem emprego (não garantia do direito ao trabalho e renda) e sem família, bem como o questionamento do sentido da vida; em Margarida, o desamparo em ser a única cuidadora da mãe e a falta de recursos financeiros suficientes (não garantia do direito à renda); e em Alba, a tristeza originada pelo desprezo de uma das filhas por ela, inclusive impedindo-a de ver a neta (não garantia do direito à mediação dos conflitos).

Depois da morte do meu marido, eu fiquei louca [...] Eu fiquei muito triste, eu morava na fazenda, num sitiozinho, de sete alqueires de chão, meu pai vendou, nós mudamos pra cidade, minha filha era pequenininha, aí eu sem conhecer ninguém, pus na cabeça: “minha filha vai ficar passando é fome, ela precisa de algo mais, um danone, um chocolate, uma chinela, um aparelho de roupa, uma alimentação mais adequada”. Aí eu fui ficando assim mais pensativa, eu pus na cabeça, e através disso tudo eu comecei a discutir com minha mãe porque eu queria namorar esse pai da minha menina que faleceu, né? Ela não queria deixar, eu estava nervosa já, peguei arranquei a roupa e saí correndo e parei lá em frente o [nome de uma instituição]. (Livia).

Suicídio, eu tentei... Subi num poste e coloquei uma corda no pescoço. [...] Eu não estava querendo viver, estava tendo desgosto da vida [...] sem motivo, nada estava dando certo, nada que eu queria dava certo, só pensamento ruim [...] eu queria mudar de vida, eu queria ter um emprego, possuir uma família. (Públio).

Além de estar desempregada e ter responsabilidade com minha mãe e só um salário não dava pra nós duas. (Margarida).

Aí depois eu tive uma crise bem forte que foi quando eu tentei suicidar, porque minha filha que morava pertinho de mim não deixava nem minha netinha ir à minha casa e virava a cara pra mim. Aí falei assim: “vou morrer, é melhor”. Fui tentar fazer isso e

meu marido chegou na hora [...]. Uma corda [instrumento utilizado na tentativa].
(Alba).

Não encontramos, na literatura brasileira, estudos com usuários de serviços substitutivos e com histórico de internação em seus itinerários terapêuticos, abordando eventos da vida como os relatados acima pelas pessoas participantes desta pesquisa. Todavia, essas narrativas referentes a contextos e eventos de vida, que levaram a crises e internação, nos remetem ao estudo de Vieira e Pegoraro (2020), que buscou explicações dadas por familiares de pessoas em sofrimento psíquico e com histórico de internação psiquiátrica em seus itinerários terapêuticos. Dentre as dez pessoas familiares entrevistadas, as falas apontaram que em seis entrevistas foram encontradas explicações para o sofrimento psíquico relacionadas a eventos da vida, tais como: brigas e divórcio dos pais, nascimento de filho, perda de filho em acidente, desgosto pelo desencaminhamento dos filhos. Situações de vida similares às narradas pelas pessoas de nosso estudo, que denunciam um contexto social no qual a condição de cidadania não foi garantida e as formas empobrecidas de existência submeteram as pessoas a ficarem sem criatividade para reinventarem a vida, sentindo-se oprimidas e assujeitadas.

Os contextos de vida de Livia, Públio, Margarida e Alba revelam situações da vida que causaram sofrimento e que dialogam com a falta ou dificuldade de acessar os bens de cidadania, gerando uma experiência denominada atualmente como crise psicossocial, cujo manejo requer a atuação articulada de uma rede potente. Se cotejarmos as experiências relatadas com os conceitos da psicopatologia para distinguir crise, surto e fase, o enquadramento não é imediato em nenhum dos eventos de vida descritos. Alba e Públio tentaram suicídio por situações de ordem existencial relacional e social, e Livia e Margarida caíram em desalento por dificuldades existenciais de caráter material. Por isso, às vezes, me ocorre que denominar de crise eventos que surgem em contextos de pouco ou nenhum acesso

a direitos básicos de cidadania, atende a objetivos alheios aos interesses das pessoas que são surpreendidas pelo sofrimento psíquico originado em eventos de ordem não psíquica. Talvez, para enquadrar como doença uma circunstância existencial relacionada à ausência de políticas sociais e econômicas mais justas.

Em relação ao sofrimento, o autor Carvalho (2008) discute o conceito de sofrimento social, tendo como referência para suas formulações a antropóloga indiana Veena Das. Para o autor, o sofrimento social é associado, normalmente, ao contexto de populações socialmente excluídas, de maneira que não pode ser entendido como problema médico ou psicológico (porque isso reforçaria sua dimensão individual), mas como experiência social. Esse sofrimento, ao mesmo tempo em que gera submissão e humilhação, pode converter-se em resistência, levando a diferentes caminhos pelos quais a pessoa que “conhece por sofrer” pode trilhar. Nas falas das pessoas entrevistadas (Margarida, Alba, Públio e Lívia), o sofrimento social, decorrente de dificuldades concretas de vida, derivou para uma situação de exclusão denominada internação psiquiátrica, intervenção na qual a condição de humilhação e submissão pode ser reproduzida, inclusive o corpo pode ser literalmente contido para que a resposta interventiva cumpra plenamente sua finalidade.

O *segundo indicador* é referente ao sofrimento psíquico e ao diagnóstico como rótulo. Nessa categoria, foram agrupadas as explicações dos usuários entrevistados sobre o problema de saúde mental. Um primeiro tipo de explicação envolveu a reprodução de diagnósticos psiquiátricos como esquizofrenia, epilepsia, depressão, retardamento cerebral, demência e esclerose múltipla:

São duas doenças. Uma é depressão e a outra eu não lembro. Só minha filha que sabe fala. Porque eu esqueço. É nome difícil. Eu entrei em depressão por causa de preocupação demais; eu trabalhava muito, sem ajuda da família, eu levantava às 5 horas para ajeitar minha filha para ir pra escola e já começava a trabalhar. (Lívia)

Eu estava sofrendo muita crise de epilepsia, todo dia, cada dia eu estava ficando mais mal, mal, mal, tinha vez que eu sofria minhas crises, sozinha. (Célia).

Nos casos de epilepsia, há um convívio com o problema desde a infância, que se associou a outros quadros na idade adulta: *“Eu tenho crise de epilepsia. Tenho crise de pânico. Crise de ansiedade também. Aí eu não vejo as coisas [...] eu já nasci com esse problema já. Eu venho lutando para viver. Porque eu já nasci com isso.” (Alba).*

Além das explicações que reproduziam diagnósticos, também foram identificadas relações com a abstinência por uso prejudicial de substâncias e o aparecimento de vozes ou uma série de diagnósticos:

Eu tinha esquizofrenia. Eu ficava vendo as coisas, ficava ouvindo vozes, falava que eu ia morrer, falando que ia me matar, falando pra eu usar droga, pra eu ir para aquele outro caminho, sabe? Nossa, minha cabeça parecia uma lata de lixo... [...] As vozes só prejudicavam a minha saúde, porque aí apareceu um tanto de coisa, quando eu comecei a largar das drogas, começou me dar esquizofrenia, começou me dar pânico, começou a me dar nervosismo, começou a me dar muita coisa. (Alcione).

Na explicação de Alcione, percebemos a reprodução de várias palavras (esquizofrenia, pânico, nervosismo), ou seja, “muita coisa”. O desconforto (“minha cabeça parecia uma lata de lixo”) e as vozes acompanharam sua experiência de sofrimento que, como o trecho acima destaca, se distancia do conceito de esquizofrenia, é maior do que uma lista de sintomas presente nos manuais de diagnósticos. Nesse sentido, reproduzir o nome dado a um quadro (diagnóstico psiquiátrico) não faz sentido para o dia a dia de Alcione. O diagnóstico acaba por ser um rótulo e é “pequeno” para “muita coisa” que a atravessa. Também, nesse sentido, o diagnóstico sobre o problema aparece como um rótulo apenas, pois o entrevistado pode apontar o contexto de vida marcado por autolesão e intenção suicida como saídas para o sofrimento:

Sempre tive medo, sempre tive medo, depressão, eu ficava no quarto chorando, cortando os braços, chorando, sempre tive essas ideias porque eu ouvia muitas vozes, vulto, aí dava vontade de tirar a vida. Às vezes, eu estava num sufoco, não tinha outra saída e eu achava que a saída era a morte. (Públio).

A experiência de sofrimento não cabe nas descrições que a CID ou o DSM nos trazem, porque esses documentos são categorizações preestabelecidas, e como tais, não conseguem contemplar toda a dinamicidade de vida e das situações que ocorrem no cotidiano dentro de um esquema de pensamento *a priori*. Prova disso é a descrição de problema nos nervos, expressão popular há muito estudada pela Antropologia, e a relação estabelecida entre espiritualidade e adoecimento (ter sido alvo de um “trabalho”), na qual a entrevistada não acredita, mas sua família sim: *“Me dá crise, né, eu fico assim, nervosa, tomo a medicação direitinho, só que me dá crise de nervo e eu tenho que voltar tudo pra trás”*. (Lívia).

Falaram pra ele que tinha sido uma macumba, coisa e tal. E meu pai é do tempo antigo. Acreditou, né? E num era, o que eu precisava era frequentar a igreja....não tem nada de macumba aqui perto de mim, graças a Deus. (Lívia).

Também em relação a explicações espirituais para o sofrimento psíquico, a partir do depoimento dos usuários, não encontramos pesquisa na literatura brasileira, mas Vieira e Pegoraro (2020) relatam as impressões de familiares entrevistados associando o problema de saúde mental ao sobrenatural, como espíritos, magia negra e feitiços. São expressões correlatas à atribuição feita pelo pai de Lívia, para explicar seu problema de nervos, associado a uma macumba.

Categoria 4: Medicamentos psicotrópicos: servem para quê?

Nesta categoria, estão reunidos os indicadores sobre os sentidos atribuídos aos medicamentos utilizados pelas pessoas entrevistadas ao longo de sua trajetória, seja em serviços de internação, seja em serviço de atenção psicossocial. O *primeiro indicador* aponta

o medicamento como cura: *“Aqui é bem melhor porque eu fui curada com os remédios do [psiquiatra do CAPS]. Eu passei a fazer consulta com o [psiquiatra] e foi aí que me valeu. A medicação dele, o tratamento dele, o tratamento do CAPS.”* (Alcione).

Lívia, por sua vez, dentro dessa perspectiva de medicamento psicotrópico com poder de cura, questiona o porquê de usar um medicamento, se ele é inapto para curar: *“Às vezes, eu fico pensando, tem hora assim... tem hora que me dá vontade de não beber o remédio... porque eu fico pensando, porque é que eu bebo remédio e não sarô... dessa depressão?”* (Lívia).

Cavalcante e Cabral (2017), em estudo para compreender a repercussão do uso de medicamentos psicotrópicos no cotidiano dos usuários de um CAPS II de Petrolina (PE), identificaram, pelas narrativas, que nem sempre esse uso é discutido com o usuário dentro de um processo de construção coletiva do projeto de cuidado. A fala de Lívia revela que, possivelmente, não foram disponibilizadas a ela pelo profissional prescritor as informações corretas e necessárias que justificassem o uso e que, certamente, não a deixariam com tanta dúvida sobre a continuidade do uso.

Goulart (2019), em pesquisa realizada com o objetivo de elaborar um modelo teórico que apoiasse práticas educativas voltadas para o desenvolvimento subjetivo de usuários e equipe de um CAPS do Distrito Federal brasileiro, dá exemplo relacionado à questão do tempo de uso dos medicamentos. O autor descreve o trecho de um diálogo que se desenvolveu numa oficina terapêutica entre uma terapeuta ocupacional e um paciente. Ao falar sobre a relevância de os usuários terem atividade na comunidade para o processo de alta, a terapeuta ocupacional é questionada pelo paciente se, com a alta, ele vai parar também com a medicação e as consultas psiquiátricas. A profissional responde que não, porque os remédios são para o resto da vida, uma vez que a doença dele é crônica. Esse paciente, ao questionar

sobre alta associada com a interrupção da medicação, de certo modo, se aproxima da fala de Lívia, que não fala em alta, mas questiona o uso contínuo de psicotrópicos.

Segundo Gonçalves e Campos (2017), essa centralidade do medicamento a partir da noção de doença mental expressa uma subjetividade manicomial que desconsidera a experiência do sofrimento em sua complexidade e singularidade, e dá ao sujeito uma condição de assujeitamento eterno, ao aprisioná-lo numa identidade doente, subsumida ao um diagnóstico médico e ao medicamento a ele associado.

O *segundo indicador* destaca o medicamento por sua possibilidade de controle sobre o comportamento:

Controle é usar a medicação todos os dias. É igual almoçar e jantar. Tem que tomar [...] eu sei que tem que tomar, daí eu pego e bebo [...] se eu não beber [o medicamento, eu não tenho controle, eu faço coisas que eu num vejo. (Lívia).

Enquanto Lívia entende que o medicamento ajuda a ter controle sobre suas ações, para que ela esteja consciente das coisas que faz, uma das entrevistadas na pesquisa de Cavalcante e Cabral (2017) destacou a ineficácia do medicamento usado no controle dos seus sintomas, relatando que, mesmo usando os remédios, ouvia barulhos e via pessoas dentro de sua casa e quando caminhava na rua, de maneira que entendia que não deixava de ter alucinação, mesmo fazendo uso regular da medicação. Isso demonstra que os usuários de psicotrópicos podem significar de forma contrastante a ideia de controle de sintomas ligada aos efeitos desses medicamentos, havendo uma ambivalência na compreensão desse sentido de controle que os medicamentos psicotrópicos comportam.

O *terceiro indicador* aponta o medicamento como auxiliar ao recurso que efetivamente a entrevistada entende como principal: “*Eu falo que é indo no centro [que contribuiu para não ouvir vozes mais], não é medicação em si [E você atribui mais aos passes que você tomou do que à medicação?] Sim.*” (Margarida). Margarida não nega a

importância da medicação como estratégia de tratamento, mas não confere a ele centralidade e reconhece o uso de recursos informais (passes que recebe no centro espírita) ocupando o lugar principal de cuidado para seu sofrimento psíquico.

O *quarto indicador* envolve descrições que apontam o medicamento como iatrogênico: ser um veneno, causar obesidade, levar à dependência química.

Iatrogenia pode ser compreendida como aquilo que produz efeito adverso ao terapêutico, de maneira que até mesmo um serviço substitutivo pode se configurar como iatragênico. Para Vechi (2004), a iatrogenia refere-se a fatores presentes no atendimento em saúde mental que são associados à produção de efeitos ou de uma patologia diferente daquela inicial que motivou o tratamento, como revelam vários depoimentos das pessoas entrevistadas. Célia e Livia destacam alguns efeitos físicos causados em seus corpos pelos medicamentos psicotrópicos, como ter a sensação de ter tomado um veneno, ou de inchar o corpo ou de ficar dependente.

[...] você já acordava em choque já, tomando aquele, como que é o nome daquele medicamento, que pra mim é um veneno total, eu ficava sem andar, sem tomar água, sem comer, sem nada, Haldol, o Haldol. (Célia).

[...] porque tem muito gordinho por causa da medicação que é forte. Não é só porque come muito. É a medicação. Através de tanta medicação que a gente toma, parece que a gente vai inchando. (Livia).

[...] depois que eu passei a tomar essa medicação Sinarizina, lá em [cidade do Estado de Goiás], eu não consegui mais ficar sem medicação. (Livia).

Além disso, nesse indicador, o medicamento pode também causar outra doença, reconhecida pelo profissional que prescreve, conforme Livia relata:

Livia: Foram as medicações que eu tomo, braba, que me deu.

Pesquisadora: As medicações que te causaram a outra doença?

Lívia: Foi.

Pesquisadora: O médico já falou isso?

Lívia: É. Foi. Para mim não. Pras minhas filhas. Pra mim ele não fala nada. O Dr. [psiquiatra]. Pra mim ele não gosta de falar nada não.

Pesquisadora: Por quê?

Lívia: Num sei. Ele só pergunta assim, com a caneta na mão e o papel da receita: “você tá bem?” E eu falo: “Tô”. “Tà bebendo os remédios direitinho?” E eu falo: “Tô”.

O uso regular do medicamento pode ter também o sentido de repercutir em esferas psicossociais, como impedimento em conquistar um emprego, sendo visto, portanto, como ação danosa ao sujeito, decorrente do tratamento, e agrupado como indicador de iatrogenia no contexto desta pesquisa:

Eles [os medicamentos] me deixam muito grogue, pensativo, dá muito sono, aí às vezes eu quero arrumar um emprego, aí a gente não tem certeza de trabalhar num emprego e passar mal por causa dos remédios, ficar tonto e os cara mandar eu embora da empresa por não conseguir trabalhar. Eu queria parar de tomar os remédios para eu arrumar um emprego e ter uma vida social normal. (Públio).

Goulart (2019), em seu estudo, recorta um trecho de uma conversação dialógica cujo tema é a relação entre medicamento e trabalho. Em oficina terapêutica, um paciente expressa para a psicóloga que, tal como Públio se queixa em nosso estudo, gostaria de trabalhar, mas não consegue porque os remédios os deixam bobo e sonolento.

Assim, uma área importante da vida social de uma pessoa, representada pelo trabalho e a renda dele decorrente, pode sofrer prejuízo pelo uso de psicotrópico. Mas há uma outra repercussão psicossocial que aparece na fala de Lívia, que é o preconceito, quando ela faz referência a uma funcionária do CAPS:

Pensa que está lá nas alturas e pensa: “aquela pessoa toma medicação, aquilo é doido”. Eu sinto assim. Eu vejo. Então, eu não gosto de vir aqui [no CAPS] por causa disso [...]. Aqui não traz felicidade, quando eu venho aqui [voz pesarosa]. (Lívia).

Esse aspecto do preconceito nos remete ao estudo de Silva, Ferreira e Santos (2018) realizado com usuários de um CAPS com o objetivo de compreender o processo saúde-doença-cuidado, no qual a noção de doença foi associada a sofrimento psíquico e preconceito.

Seguindo por essa dimensão das repercussões psicossociais relacionadas ao estigma da doença mental, Cavalcante e Cabral (2017) relacionam a sensação de rejeição à falta de amor, desvalorização, perda de autoestima, frustração. Em Lívia, houve o sentimento de que não é possível extrair felicidade de um lugar no qual há o preconceito pelo uso do medicamento. Há, portanto, necessidade de desconstruir rótulos, como o rótulo do estereótipo da doença mental, que leva as pessoas a expressarem ideias e opiniões generalizadas a partir de julgamentos incriteriosos e que podem se tornar um preconceito, gerando sentimentos hostis, que foi a sensação sentida por Lívia ao interpretar o que pensaria a funcionária do CAPS ao olhar para ela (é doida, porque toma medicamento).

Todos esses efeitos físicos e psicossociais pelo uso de medicamentos caracterizam iatrogenia e trazem como consequência a redução da autonomia das pessoas. Iatrogenia e autonomia são conceitos antagônicos representativos de modelos opostos de atenção em saúde mental: o manicomial (iatrogênico) e o psicossocial (vacionado para a produção de autonomia). Sobre a questão da autonomia, há um trabalho bastante representativo das autoras Gonçalves e Campos (2017). Elas desenvolveram uma pesquisa com usuários do CAPS de uma grande cidade brasileira, com o objetivo de avaliar os efeitos da experimentação do Guia pessoal de Gestão Autônoma de Medicamentos (Guia GAM) na relação desses usuários com seus tratamentos e nas suas ações de participação política. Os sete participantes, todos do sexo masculino, eram militantes em defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. O

Guia GAM foi criado no Canadá e sua versão brasileira foi experimentada com esse grupo de intervenção. Por meio de grupos focais e entrevistas individuais em profundidade, as pesquisadoras identificaram quatro categorias: a) sujeitos de experiências radicais de sofrimento; b) experiências com medicação, nas quais foi revelado que os usuários faziam uma autogestão do uso, à revelia da prescrição médica, mas não compartilhavam com os profissionais de saúde, por ausência de espaços de fala; c) direitos dos usuários, nos quais se incluem os direitos de ter informações e recusar a medicação; d) participação e militância política (porque a informação, por si só, não garante a emergência da legitimação de um sujeito de direitos) podendo participar de associações com o objetivo de fortalecer sua autonomia não apenas na gestão de seus tratamentos, mas na condução de sua vida.

Penso que a utilização da versão brasileira do Guia GAM para as pessoas entrevistadas nessa pesquisa, que revelaram dúvidas, questionamentos, indignações sobre os medicamentos usados, teria potencial para produzir autonomia direcionada para a reivindicação do direito de participação ativa nas decisões e no manejo desse recurso usado no projeto de cuidado.

Finalmente, é oportuno registrar o conceito de medicalização e sua relação com o projeto de medicalização da loucura, que foi esboçado já nos textos médicos dos anos 30 do século XIX (Engel, 2001). Segundo Engel (2001) a produção de uma verdade que, além de converter o louco em doente mental, progressivamente o confinou em locais exclusivos para submetê-lo a um tratamento especializado com o objetivo de curar uma doença (Oda & Dalgalarondo, 2005), pode ser compreendida como diretamente relacionada à medicalização. Cavalcante e Cabral (2017) afirmam que a medicalização se constitui como um fenômeno social, um processo sociocultural que confere primazia à racionalidade médica e que transforma processos de vida em patologias a serem tratadas com intervenções médicas medicamentosas. Nessa mesma linha de reflexão, Dias e Muhl (2020), em análise sócio-histórica das políticas de saúde mental, mostram que a expansão do uso de psicotrópicos se

desenvolveu dentro das estruturas e serviços criados a partir da Reforma Psiquiátrica, caracterizando uma verdadeira epidemia dessa classe de medicamentos.

Categoria 5: Saúde e apoio social

Nesta categoria, foram agrupados indicadores que sinalizam a existência de recursos não profissionais para o tratamento dos entrevistados, presentes nos itinerários terapêuticos, a presença de fraca rede de apoio, a importância da espiritualidade para a manutenção da saúde, do convívio familiar e aspectos individuais de cada participante.

O *primeiro indicador* aponta os recursos não médicos presentes no itinerário terapêutico dos participantes e reconhecidos pelos mesmos como relevantes (Tabela 3), como frequentar igrejas ou centros espíritas (presente na trajetória de todos os entrevistados) e a consideração de aspectos terapêuticos em realizar atividades culturais (Públio) ou passar alguns meses na zona rural em ambiente calmo e tranquilizador (Célia).

Tabela 3

Recursos não-médicos presentes no itinerário terapêutico das pessoas participantes

Participantes	Serviços não profissionais por onde passou
1 - Célia	Fazenda da irmã - Centro espírita
2 - Lívia	Benzedor - Igreja evangélica
3 - Alcione	Igreja evangélica
4 - Públio	Igreja evangélica - Atividades culturais
5 -Margarida	Centro espírita
6 - Alba	Centro espírita

Há uma concentração de falas relacionadas à dimensão da espiritualidade, mas também aos aspectos culturais. Quanto às atividades desenvolvidas nos locais de

espiritualidade, a fala de Célia revela que sentia satisfação em executar tarefas manuais pertinentes à rotina do local que frequentava: *“Minha mãe trabalhava lá, e eu ia pra lá, ajudar a mexer com verdura, lavar o salão, lá tudo, atender, lavar os pratos, aquilo eu ia para entreter a cabeça, eu gosto muito de ir.”* (Célia).

Margarida, por sua vez, nos locais de prática espiritual, desenvolvia reflexões sobre o motivo de nossa existência: *“[...] A gente conhece a realidade da vida, a gente reconhece que tá aqui na terra pro nosso aprendizado [no Centro Espírita].”* (Margarida).

As falas sinalizam também uma certa experimentação por locais de diferentes denominações religiosas, sempre na busca de um bem-estar no local de culto ou nas atividades relacionadas a certa crença religiosa, ainda que praticadas no âmbito doméstico, mas sempre revelando a importância da inclusão da espiritualidade como recurso não médico:

Meu pai me levava no benzedor, no Centro Espírita [...]. Eu ia muito à igreja dos crentes. Minha filha mais velha é crente. Só que eu ia e o pastor gritava muito, ele gritava, pulava, eu ficava com a cabeça doendo demais, porque minha cabeça dói por pouca coisa, aí eu parei de ir nessa igreja. Agora, eu estou querendo passar a frequentar a católica mesmo. (Lívia).

[...] eu ia às igrejas e passava mal, ia noutra igreja e passava mal, ficava pior, com aquele barulhão, aí ele [o esposo] me levou no centro espírita, numa fazenda de S. M. [nome de cidade] [...]. Lá vem médico de tudo quanto é lugar, aí lá eu era atendida bem, eles passam remédio espiritual, né? Uns vidrinhos, eu tomava em casa, eu dormia bem. Depois que eu comecei a ir lá, eu melhorei. (Alba).

[...] o lugar que me dá mais força pra mim, me dá mais energia positiva, é um lugar que eu me sinto bem [referência à igreja]. (Públio).

Eu tenho um livro que eles me deram, que é de fazer o culto do lar [...] Duas vezes por semana. [...] É que lá [no livro] tem muita mensagem boa, tem hora que eu fico ruim, aí eu leio e é como se falasse aquilo pra mim. (Alba).

Observando a Tabela 3, todas as pessoas entrevistadas incluem entre os recursos não médicos experiências no campo da espiritualidade, cujo conceito deriva para religiosidade quando essa relação transcendental inclui também as atividades relacionadas ao cotidiano de uma religião, seus cultos e práticas. Isso revela o papel de destaque que a espiritualidade e as instituições religiosas representam no itinerário terapêutico das pessoas (Carneiro, Aquino, & Jucá, 2014), embora essa temática seja pouco abordada durante a formação acadêmica dos profissionais (Thiengo et al., 2019). O conceito amplo de pessoa, como conjunto de dimensões, e o de itinerário terapêutico, enquanto uso de recursos formais e informais adotados neste trabalho, podem ser compreendidos refletindo o pluralismo terapêutico utilizado pelas pessoas entrevistadas na busca de cuidado para o sofrimento psíquico, chamando atenção do leitor que a totalidade delas declarou usar recursos espirituais na busca de conforto e bem-estar.

A dimensão cultural também surgiu como recurso não médico na fala de Públio, como espaço de expressão e diálogo: *“Quando eu saio pra praça, eu gosto de fazer [arte], lá também tem pessoas que vão conversar comigo, vão me dar apoio, eu falo o que eu passei, que eu tive depressão, eles me dão a palavra.” (Públio).*

Desse modo, poder levar a público suas competências como artista provoca bem-estar e reconhecimento, sendo um recurso compreendido por Públio como auxiliar para a busca de saúde.

O *segundo indicador* traz como fonte de saúde e bem estar o apoio social encontrado na convivência familiar.

Alba, Célia e Margarida relacionam a produção de saúde com o convívio familiar, tanto como recurso para impedir o adoecimento e até mesmo a internação, quanto como resultado de um movimento de reaproximação no período em que a entrevistada adoeceu e foi internada.

Porque o amor familiar e a atenção ajudam mais do que colocar a pessoa lá [na internação]. (Alba).

[...] eu acho que precisa um pouco de conversa com a família, família entender, conversar mais. (Célia).

[...] depois que eu fiquei doente, é que praticamente reuniu, unificou mais a frequência, minha cunhada conversa mais comigo, nem que seja pelo zap, mas conversa mais comigo, a atenção da própria família em si [...] antes era assim: a gente quase não se falava, quase não se via, quase não se vê ainda, ainda acontece ainda, mas praticamente quase todo dia eu converso com eles pela internet. (Margarida).

Surge também como *terceiro indicador* a força de vontade e controle dos pensamentos.

Nas falas de Públio e Alcione, podemos extrair a relação da dimensão social com a dimensão individual na produção de bem-estar e saúde. Se o social não é algo externo ao sujeito porque agencia processos subjetivos (Mori & Rey, 2012), por outro lado, aspectos relativos à dimensão interna, como ter força de vontade e controlar a qualidade dos pensamentos, podem contribuir para a obtenção de saúde e bem-estar, fomentando o convívio social.

Para melhorar, a gente não precisa ser internado no sanatório. Pra melhorar a gente tem que ter força de vontade e capacidade. E correr atrás daquilo que a gente quer buscar. (Públio).

[...] o cuidado com o que a gente pensa, com o que a gente fala, a gente ficar atenta, não deixar as coisas negativas pegar a gente [...]. Eu falo assim, um mau pensamento. (Alcione).

Como *quarto indicador* relacionado a apoio social a ausência de solidão é evidenciada.

Algumas pessoas entrevistadas relacionaram a presença de saúde mental com a ausência de solidão, ou seja, não estar sozinho, estar sempre disfrutando de convívio, seja com a família, ou em um trabalho, ou entre amizades “[...] é você trabalhar, você ter sua profissão. É muito bom isso pra gente. E ter boas amizades, né? Senão não vai pra frente [risos]” (Lívia). E ainda:

O que eu gosto é de ouvir louvor, cantar, dançar, fazer amizade, sair. Essas coisas [...] pra mim é interagir, ter alguém pra conversar. Pra mim não ficar sozinho. Isso é muito importante pra mim também. Ter alguém do lado pra conversar. (Públio).

Essas falas de Lívia e Públio são representativas da percepção de que o desenvolvimento subjetivo requer a interação, o diálogo, pois é também na vida relacional que se produz saúde efetivamente.

Como *quinto indicador* referente a saúde e apoio social foi destacada a possibilidade de fazer o que tiver vontade.

Uma das falas se reportou à liberdade no reduto doméstico, evocando atividades tão corriqueiras no nosso dia a dia, mas que, no caso da entrevistada Alba, poderia traduzir a expressão de uma conquista recente.

[...] aí se eu não estiver me sentindo bem, eu deito na minha cama, aí se eu quiser chorar eu choro, se eu quiser mexer no celular eu mexo, se eu quiser fazer pintura eu

pinto, dá essas ruindades assim, aí eu faço alguma coisa. Eu não gosto que ninguém me atrapalhe fazer. E aí meu marido me deixa fazer. (Alba).

Macedo, Dimenstein, Sousa, Costa e Silva (2018), em revisão da literatura, pesquisaram sem recorte temporal, em periódicos brasileiros, sobre apoio social relacionado à saúde. Entenderam que se trata de um constructo multidimensional que envolve conforto, carinho, assistência, informação, vínculos, percepção do mundo e recursos com os quais se pode contar. Nomeiam o apoio social como rede social pessoal enquanto soma de todas as relações significativas no universo relacional de uma pessoa, compreendendo fatores micro e macroscópicos que se influenciam mutuamente.

Os artigos do *corpus* de pesquisa que trataram sobre apoio social e saúde mental convergiram na importância desse apoio no cuidado e atenção à saúde, bem como no suporte diante das demandas cotidianas. Surgiram temáticas sobre redes sociais de apoio na atenção à saúde mental, formação de grupos de ajuda e suporte mútuo, a importância da família, empoderamento e produção de autonomia das pessoas que tiveram a experiência do sofrimento psíquico. As autoras sinalizam que, nos artigos sobre percepção dos profissionais sobre recursos existentes no território, de forma geral, os agentes comunitários de saúde identificam tanto as fontes formais quanto informais de cuidado, ao passo que os demais profissionais percebem mais as fontes formais. Particularmente, eu me identifico com os resultados dos estudos citados, porque nunca atuei como ACS e, apenas após a realização das entrevistas e respectivas transcrições neste trabalho de pesquisa, eu pude constatar a presença marcante dos recursos informais usados pelas pessoas em seus itinerários terapêuticos, e isso não era tão visível quando eu atuava na saúde mental como profissional de referência terapêutica.

Os resultados desta pesquisa, em especial aqueles contidos na categoria saúde e apoio social, dialogam com a noção de clínica ampliada. A ideia de clínica ampliada coincide com

a inclusão dos recursos informais no plano de cuidado, que obrigatoriamente deve contemplar o estilo da pessoa e suas possibilidades. Desse modo, o substantivo clínica dispensará o adjetivo ampliada quando esse modo de cuidar estiver integrado ao cotidiano dos serviços. Assim, a expressão clínica ampliada terá cumprido um valor histórico, justamente para deslocar a clínica de seus dispositivos e recursos formais tradicionais, das consultas médicas e das psicoterapias, expandindo-a para produzir vida em todas as dimensões que informam o universo de sentido da pessoa cuidada.

Será que o discurso dos usuários do CAPS, pessoas entrevistadas nesta pesquisa, nos permitem pensar que esse dispositivo desenvolve uma prática orientada pela estratégia da clínica ampliada, ou de uma clínica que está em processo de ampliação, ou de uma clínica tradicional? O que nos diria Basaglia se pudesse observar o cotidiano desse dispositivo nessa pequena cidade do Estado de Minas Gerais? Refletindo sobre os resultados revelados nas falas das pessoas entrevistadas o CAPS precisaria desenvolver ferramentas de trabalho aptas a promover reinserção social, objetivo que poderá ser atingido mediante processos contínuos de capacitação das equipes, habilitando os profissionais para a desconstrução de seus manicômios internos (Machado, 2006), por meio da ressignificação das representações que nutrem esses manicômios, dentro da manifestação de uma atitude subversiva (González Rey, 2007c).

Considerações finais

Esta pesquisa atingiu seu objetivo porque os resultados permitiram a compreensão do percurso realizado pelas pessoas entrevistadas que tinham tido a experiência da internação psiquiátrica em seus itinerários terapêuticos e estavam inseridas em um CAPS. Como contribuição, este estudo permite refletir sobre possíveis fragilidades da RAPS em município de menor porte a partir dos itinerários dos usuários do CAPS tipo 1 entrevistados, o qual guarda características de convivência e substituto da vida social, destinando o cuidado da crise aos serviços de urgência e internações. Uma limitação desse trabalho consiste em analisar entrevistas de usuários de um único CAPS.

Esse trabalho comporta relevância social porque seu tema é relacionado à superação do modelo assistencial manicomial, incompatível com uma sociedade que valoriza a garantia dos direitos humanos; e relevância científica porque aponta a necessidade de outras pesquisas na microrregião da qual o município pesquisado faz parte, porque é um território manicomial com hospital regional especializado em psiquiatria.

Esse trabalho poderia ter avançado mais na compreensão de outras percepções e experiências sobre o tema aqui pesquisado, a partir do convite a um número maior de participantes, mas não foi possível aplicar o critério de ponto de saturação para a definição do número de entrevistados em razão da eclosão da pandemia Covid 19, que provocou a interrupção da frequência da pesquisadora ao CAPS para a realização de novos convites, sendo este um limite desse estudo.

A partir desse estudo, fica a sugestão para o desenvolvimento de outras pesquisas que priorizem a participação dos usuários dos serviços, por meio da abordagem dos itinerários terapêuticos, garantindo o fomento da visibilidade deles no universo da pesquisa científica, a legitimidade de suas versões e a aproximação da universidade dos saberes e práticas em saúde na perspectiva do pluralismo terapêutico.

Referências

- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>
- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial* (2a ed. revista e ampliada). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413685>
- Amarante, P. (2017). Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In P. Amarante (Org.), *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados* (2a ed., pp. 15-46). Editora Zagadoni.
- Arbex, D. (2017, 25 de junho). *Holocausto brasileiro. Documentário sobre o Hospital Colônia de Barbacena* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=9N3xqojgMaA&t=3125s>
- Argiles, C. T., Kantorski, L. P., Willrich, J. Q. & Coimbra, V. C. (2017). Processos de singularização no modo psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(1) 61-77. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000100004>
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva [ABRASCO]. (2019, 20 de fevereiro). *Sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas*. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>
- Associação Brasileira de Saúde Mental [ABRASME]. (2018, 12 de dezembro). *Desfinanciamento e descaso: a quem interessa a desassistência na saúde mental?* <https://clinicainsightbetim.com/blog/desfinanciamento-e-descaso-a-quem-interessa-a-desassistencia-na-saude-mental-UDK3079/>
- Barros, R. E. M. (2012). *Re-internações psiquiátricas - influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/T.17.2012.tde-12112012-225207>
- Bastos, O. (2007). Primórdios da psiquiatria no Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 154-155. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000200004>
- Bongiovanni, J. & Silva, R. A. N. (2019) Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 31(e190259). <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>
- Braga, R. B., & Pegoraro, R. F. (2020). Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso? *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 61-73. <http://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.820>

- Büchele, F., & Petuco, D. R. S. (2014). *Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas* [Apostila do Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão]. Universidade Federal de Santa Catarina <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1721/1/Modulo%204%20Alcool%20e%20Drogas.pdf>
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>
- Campos, G. W. S. (1997). *Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas, mimeo. <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>
- Canal Minas Saúde. (2013). *Módulo I: Contextualização – Unidade 2: Atenção Psicossocial* [Curso de Extensão Novo Olhar para a Saúde Mental]. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 87-94. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100012>
- Carneiro, U. S. S., Aquino, G. C. & Jucá, V. J. S. (2014). Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, 5 (1), 46-57. <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1003>
- Carvalho, J. E. C. (2008). Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das'. *Saúde Soc.* São Paulo, 17(3), 9-18. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300003>
- Castro, K. M. D. & Louzada, A. P. F. (2021). Crise no cotidiano: o cuidado nos Caps. *Mnemosine*, 17(1), 163-183. <https://doi.org/10.12957/mnemosine.2021.61848>.
- Cavalcante, M. & Cabral, B. E. B. (2017). Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. *Estudos em psicologia*, 22(3), 293-304. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170030>
- Corrêa, G. H. L. S. T. C., Bellato, R., Araújo, L. F. S., & Hiller, M. (2011). Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 274-283. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v10i2.10462>

- Costa, R. O., Maior, N. M. S., & Silva, A. X. (2020). A inflexão dos direitos humanos na política de saúde mental e drogas. *Argumentum*, 12(2), 75-90. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29150>
- Costa-Rosa, A. & Yassui, S. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 27-37. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>
- Decreto n. 1.132. (1903, 22 de dezembro). *Reorganiza a Assistência a Alienados*. Presidência da República do Brasil. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>
- Decreto n. 24.559. (1934, 3 de julho). *Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências*. Presidência da República do Brasil. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Decreto-lei n. 3138. (1941, 24 de março). *Dispõe sobre a prestação de assistência médica, pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, aos doentes mentais que forem seus segurados ou associados*. Presidência da República do Brasil. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3138-24-marco-1941-413080-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (1991) Resposta à crise. In: J. Delgado *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha.
- Dias, M. K. & Muhl, C. (2020). Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: reforma psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. *Argumentum*, 12(2), 60-74. Recuperado de <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29114>
- Ely, G. Z., Terra, M. G., Silva, A. A., Freitas, F. F., Padoim, S. M. M., & Lara, M. P. (2014). Internação psiquiátrica: significados para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 10(1), 23-28. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i1p23-28>
- Engel, M. G. (2001). *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)* [online]. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/7htrv>.
- Ferreira, G. M. K., Marins, M. F., Moraes, R. S., & Lopes, C. L. A. S. (2012). Internação psiquiátrica em hospital geral e a política de saúde mental. *Journal of Nursing and Health*, 2, 333-339. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3477>
- Figueiredo, G. (2000). As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 133. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300007>

- Fiorati, R. C. & Saeki, T. (2013). As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*, 37(97), 305-312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZbcgSvY8XtWPBC7ckDXwkrz/?lang=pt>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Frazato, C. F. & Fernandes, J. C. (2021). Práticas do CAPS e o desafio da desinstitucionalização. *Psiquiatria Revista*, 30(1), 54-75. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2021v30i1p54-75>
- Gandolfi, P. E. (2013). *Fatores associados às internações de pacientes com transtornos mentais: um olhar para as questões de gestão na microrregião de Ituiutaba/MG* [Tese de Doutorado, Fundação Getúlio Vargas]. FGV Biblioteca Digital. <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11127>
- Gerhardt, T. E., Burille, A., & Müller, T. L. (2016). Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 27-97). Editora CEPESC. <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>
- Godoy, M. G. (2014). *Processo de trabalho nos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas* [Apostila do Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão]. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1722/1/M%C3%B3dulo%20%20%C3%A1lcool%20e%20drogas.pdf>
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Gonçalves, L. L. M. & Campos, R. T. O. (2017). Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cad. Saúde Pública* 33 (11) (e0016626/pt). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>
- Gonzalez Rey, F. (2002). O desenvolvimento dos indicadores e a definição de categorias no curso da pesquisa *In Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. (pp.118-125). Rio de Janeiro: Cengage Learning.
- Gonzalez Rey, F. (2007 a). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. *Psicologia da Educação*, 24, 155-179. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752007000100011&script=sci_abstract&tlng=pt

- Gonzalez Rey, F. (2007 b) *Epistemologia, metodologia e subjetividade - Prof. Fernando González Rey - Parte 1*. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=w3TW_8QHAbI.
- Gonzalez Rey, F. (2007c) *Epistemologia, metodologia e subjetividade - Prof. Fernando González Rey - Parte 2*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=IDZ69NHUqTM>.
- Goulart, D. M.(2019) Saúde mental, educação e desenvolvimento subjetivo: o trabalho voltado para uma ética do sujeito. In? A. M. Martinez, F. Gonzalez Rey, & A. V. Puentes (org). *Epistemologia qualitativa e subjetividade: discussões sobre educação e saúde pp.159 - 182*. Uberlândia, MG: Edufu.
- Guimarães, A. N., Borba, L. O., Larocca, L. M., & Maftum, M. A. (2013). Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 361-369. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>
- Lara, A. P. M., & Volpe, F. M. (2019). Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 659-668. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>
- Lei n. 10.216. (2001, 6 de abril). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Presidência da República do Brasil. http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03//LEIS/LEIS_2001/L10216.htm
- Lei n. 13.146. (2015, 6 de julho). *Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Presidência da República do Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2015-2018/2015/lei/113146.htm
- Macedo, E. V. & Camargos, M. C. S. (2021). Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial: análise da cobertura dos CAPS em Minas Gerais. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 18 (2) <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.7023>
- Macedo, J. P., Dimenstein, M., Sousa, H. R., Costa, A. P. A. & Silva, B. I. B. M. (2018). A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências invisibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11 (2), 258-278. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v11n2/06.pdf>
- Machado, D. M. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Universidade de Brasília - Biblioteca Central. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/4867>
- Menezes, G. P. & Pegoraro, R. F. (2019). Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). *Psicologia: Ciência e Profissão* 39, e189050. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189050>.

- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental* (n. 34). Secretaria de Atenção à Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Mori, V. D. & Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14 (3), 140-152.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872012000300012&script=sci_abstract
- Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. (2019). *Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Ministério da Saúde. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrodo, P. (2004). O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 128-141. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001012>
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrodo, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(3), 983-1010.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>
- Oliveira, M. S. N., Pinto, F. J. M., Aguiar, J. B., Sampaio, R. M. M., & Medeiros, C. R. B. (2011). Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(4), 361-366.
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2094>
- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 11(2), 241-258.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>
- Portaria n. 148. (2012, 31 de janeiro). *Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio*. Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html
- Portaria n. 2.391/GM. (2002, 26 de dezembro). *Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS*. Ministério da Saúde.
<https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria-gm-ms-2391-2002.pdf>

- Portaria n. 2.434. (2018, 15 de agosto). *Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos*. Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html
- Portaria n. 224. (1992, 29 de janeiro). *Institui, na área da saúde mental, diretrizes, normas para o atendimento ambulatorial (Unidades Básicas, Centro de Saúde, Ambulatório, NASF, CAPS), normas para o atendimento hospitalar (Hospital Dia, Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, Hospital Especializado em Psiquiatria)*. Ministério da Saúde.
https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf
- Portaria n. 3.088. (2011, 23 de dezembro). *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)*. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Portaria n. 3.588. (2017, 21 de dezembro). *Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Ministério da Saúde.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Portaria n. 336. (2002, 19 de fevereiro). *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Ratton, H. (1979). *Em nome da razão* [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=cvjyjwI4G9c>
- Reinaldo, A. M. S., & Saeki, T. (2004). Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 396-405. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000400005>
- Resolução n. 1. (2018, 9 de março). *Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD*. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>
- Resolução n. 32. (2017, 14 de dezembro). *Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Ministério da Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
- Resolução n. 466. (2012, 12 de dezembro). *Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- Resolução n. 510. (2016, 7 de abril). *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana*. Conselho Nacional de Saúde.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html#:~:text=Considerando%20a%20import%C3%A2ncia%20de%20se,Art
- Resolução n. 8. (2019, 14 de agosto). *Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas*. Conselho Nacional de Direitos Humanos.
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>
- Rocha, H. A., Reis, I. A., Santos, M. A. C., Melo, A. P. S., & Cherchiglia, M. L. (2021). Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. *Revista Saúde Pública*, 55 <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>
- Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2020). O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(1), 1-8.
<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/166938>
- Rotelli, F. (1991, Julho/Agosto). Desospitalização: A transformação nas mãos dos técnicos. *Jornal CRP-06*, 4-5.
http://www.crsp.org/uploads/impresso/606/3oLgwsCoH_EB9EFejUZKkp2HinnWHfkO.pdf
- Santos, R. S., Sena, E. P., & Aguiar, W. M. (2017). Perfil de internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 16(3), 374-379. <http://doi.org/10.9771/cmbio.v16i3.24385>
- Silva, F. S., Ferreira, C. B. & Santos, Y. L. Q. (2018). Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Refacs* 6 (4), 745-752. <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i4.3290>
- Silva, M. B. B. (2015). De paciente a causo: uma etnografia com egressos de internação psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 353-362. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.20362013>.
- Silva, M. L. B., & Dimenstein, M. D. B. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3), 31-46.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672014000300004
- Sivadon, D. & Pollack, J-C (1989). François Tosquelles: une politique de la folie. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kT9REbBckRI&t=150s>

- Sousa, F. S. P., & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0017201. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
- Sousa, F. S. P., & Oliveira, E. N. (2010). Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 671-677. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300009>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Thiengo, P. C. S., Gomes, A. M. T., Mercês, M. C., Couto, P. L. S., França, L. C. M. & Silva, A. N. (2019). Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare enferm.* 24 (e58692). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- UFPR TV (2015). *Persona – Leticia Lanz (20/11/15)*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=MhvO59RjYtc&t=38s>.
- Vechi, L. G.(2004). Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudo de Psicologia*, 9(3), 489-495. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300011>
- Vieira, N. R. S. & Pegoraro, R. F. (2020). Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. *Psicologia em Estudo* 25(e41796). <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41796>
- Zanardo, G. L. P., Silveira, L. H. C., Rocha, C. M. F., & Rocha, K. B. (2017). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(3), 460-474. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>

Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista

(A) Dados de caracterização do usuário

- Idade
- Reside com companheiro
- Tem filhos
- Trabalha
- Qual a sua escolaridade.

(B) Questões temáticas ou norteadoras:

- (1) Fale sobre sua trajetória por serviços de saúde mental: quais os serviços (público e/ou privado) e período de tratamento
- (2) Fale sobre sua experiência de tratamento em Internação psiquiátrica:
 - Por qual motivo houve a internação psiquiátrica
 - Quais as atividades realizadas durante a internação
 - Qual a contribuição do serviço de internação para a sua saúde mental
 - Qual a sua opinião sobre a internação em serviço de psiquiatria
 - O que poderia melhorar neste serviço
- (3) Fale sobre sua experiência de tratamento em/no Centro de Atenção Psicossocial:
 - Como você chegou ao CAPS para tratamento (foi encaminhado? Ou por desejo próprio?)
 - Quais atividades você realiza no CAPS
 - Em sua opinião, o CAPS contribui para a sua saúde mental? De que modo?
 - Em sua opinião, o que pode ser melhorado no CAPS para aprimorar o seu tratamento
- (4) Há outros serviços de saúde nos quais você já efetuou ou efetua tratamento (PSF, Unidade básica de saúde, centro de convivência, e outros citados na resposta à pergunta 1)
 - Como você chegou a esse serviço para tratamento (foi encaminhado? Ou por desejo próprio?)
 - Quais atividades foram/são realizadas nesse serviço
 - Em sua opinião, qual a contribuição desse serviço para a sua saúde mental
 - Em sua opinião, o que poderia melhorar neste serviço
- (5) Em sua opinião, o que é importante para que você esteja com saúde mental
- (6) Quais outros recursos fora do serviço de saúde você considera que já ajudaram ou podem ajudar na sua saúde mental.

Anexos

Anexo 1 – Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico egressas de internação psiquiátrica: um estudo a partir da ótica dos usuários

Pesquisador: Renata Fabiana Pegoraro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13660519.0.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.356.956

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

É uma pesquisa de Mestrado do Instituto de Psicologia da UFU.

Amostra = 10 participantes.

Problema: qual o itinerário terapêutico das pessoas em sofrimento psíquico egressas de internação psiquiátrica?

O objetivo é investigar o itinerário terapêutico de pessoas maiores de 18 anos, usuárias da rede pública de saúde mental em um município do estado de Minas Gerais, que tenham sido internadas pelo menos uma vez em hospital psiquiátrico ou instituição similar.

Pretende-se conhecer quais serviços, saberes e práticas de cuidado a pessoa efetivamente escolhe e usa na trajetória que compõe o exercício do direito à saúde.

A análise de dados será feita com apoio da análise de conteúdo temático de Bardin.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.356.956

Metodologia Proposta

O estudo é do tipo qualitativo descritivo exploratório; portanto, evita números, trabalha preferencialmente com textos, com a interpretação das realidades sociais, tem como protótipo a entrevista em profundidade e é considerada pesquisa soft.

Os Participantes serão Usuários de um serviço público de saúde mental localizado em um Município do Triângulo Mineiro.

O estudo será desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Nildomar Donizete Bizinoto – CAPS I localizado no Município de Santa Vitória – MG.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I é composta de médico (a) com formação em saúde mental, enfermeiro (a) e três profissionais de nível superior cuja formação profissional seja necessária ao projeto terapêutico proposto para o CAPS. Também devem compor a equipe quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os CAPS tipo I funcionam de segunda à sexta-feira entre 8 e 18 horas.

O instrumento para a coleta de dados é um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo perguntas norteadoras, ancorado em metodologia qualitativa de investigação, a qual prioriza a compreensão a partir da perspectiva do usuário sobre um fenômeno (e não o fenômeno em si).

As questões norteadoras investigam a experiência de tratamento em serviço de internação psiquiátrica e outros tipos de serviços nos quais o entrevistado está participando ou tenha participado, a percepção dele sobre cada um desses locais e sugestões para melhorar a qualidade do cuidado neles.

A coleta de dados será realizada da seguinte forma:

1- Agendar uma reunião com a equipe do CAPS para organizar os dias em que a pesquisadora irá à instituição e, com o apoio da equipe do CAPS, elaborar uma lista com usuários egressos de internação psiquiátrica em tratamento na instituição.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.356.956

2- Com o apoio da equipe do CAPS, os usuários do serviço que preencherem os critérios de inclusão serão contatados pela equipe diretamente no serviço de saúde, verificando-se se a pesquisadora pode lhes fazer convite para que participem da pesquisa.

3- Em caso positivo, a pesquisadora, em dia e horário combinado com a equipe, estará no CAPS para convidar, pessoalmente e de forma individual, cada um desses usuários. Em seguida, será agendada entrevista em dia e horário escolhido pelo usuário que aceitar participar.

Será utilizada infraestrutura do CAPS para realização das entrevistas.

Será utilizado um roteiro consistente em perguntas para a realização da entrevista semiestruturada, que será audiogravada, e apagada após a transcrição literal.

Em pesquisa qualitativa uma entrevista dura aproximadamente 60 minutos, não ultrapassando 90 minutos.

Critério de inclusão

Será incluída Pessoa maior de 18 anos, em tratamento no CAPS, que tenha sido internada pelo menos uma vez em hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica ou leito psiquiátrico em hospital geral e que tenha condições de responder à entrevista, segundo a avaliação da equipe.

Critérios de exclusão

Não poderão participar da pesquisa: crianças, adolescentes e adultos maiores de 18 (dezoito) anos que, segundo avaliação da equipe, não tenham condições de responder à entrevista, que estejam vinculados ao CAPS por período inferior a três meses ou que sejam curatelados.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo geral desta pesquisa é compreender o itinerário terapêutico dos usuários de um serviço público de saúde mental egressos de internação psiquiátrica de um Município do Triângulo Mineiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.356.956

Os riscos consistem em possíveis mudanças na rotina do entrevistado devido à necessidade de presença dele no CAPS para responder a entrevista, que acontecerá em um dia e horário escolhido por ele mesmo. Também é possível que o entrevistado se sinta desconfortável com alguma pergunta a ele feita, e neste caso, pode escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente às pesquisas científicas é a identificação do participante. Para minimizar este risco, as pesquisadoras não utilizarão o nome de nenhum participante. Outro cuidado será o uso de números para identificar cada entrevista transcrita, bem como uso desses mesmos números no momento de divulgação científica de resultados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelas pesquisadoras.

Os benefícios para o participante consistem na oportunidade de expressar suas opiniões e compreensões a respeito dos serviços de saúde mental. O participante também se beneficiará indiretamente, pois auxiliando as pesquisadoras com esta pesquisa estará contribuindo para ampliar a compreensão sobre os serviços de saúde mental, o que gerará novas informações sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando a Resolução 466/12 do CNS, a pesquisa não apresenta óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios foram apresentados no Protocolo de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: Abril de 2020.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Abril de 2021.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.356.956

IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.356.956

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1342548.pdf	13/05/2019 17:09:03		Aceito
Outros	LATTES.docx	13/05/2019 17:08:49	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLAtualizado.pdf	13/05/2019 17:08:30	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoIT.pdf	09/05/2019 13:56:53	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal08maio2019CEPUFU.docx	08/05/2019 17:28:05	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	equipeexecutora.pdf	08/05/2019 17:26:47	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipante.pdf	08/05/2019 17:26:26	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista.pdf	08/05/2019 17:26:13	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 29 de Maio de 2019

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada *“Itinerário Terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico egressas de internação psiquiátrica: um estudo a partir da ótica dos usuários”*, sob a responsabilidade das pesquisadoras Daisy Aparecida Alves Franco (mestranda) e Renata Fabiana Pegoraro (orientadora).

Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender o itinerário terapêutico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) egressos de internação psiquiátrica do Município [suprimido] no Estado de Minas Gerais.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Daisy Aparecida Alves Franco no CAPS I do Município de [suprimido], anteriormente ao início da entrevista, sendo concedido ao participante o tempo suficiente para refletir e consultar, se necessário, pessoa de sua confiança para decidir se quer participar.

Na sua participação, você responderá a questões gerais, como idade, se tem companheiro(a), escolaridade, e outras questões sobre a sua experiência em serviço de internação psiquiátrica e em outros serviços de saúde como o CAPS, como você percebe esses serviços e quais as suas sugestões para melhorar a qualidade do cuidado oferecido por eles. Essa entrevista será gravada e após a transcrição das gravações (passar para o papel), todo o material será desgravado.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. A pesquisadora se deslocará ao CAPS nos dias em que você frequenta esse serviço para realizar a pesquisa. A entrevista terá duração inferior a 90 minutos.

Os riscos consistem em possíveis mudanças na sua rotina devido à necessidade da sua presença para responder a entrevista, que acontecerá em um dia e horário escolhido por você mesmo. Também é possível que você se sinta desconfortável com alguma pergunta feita a você e, neste caso, você pode escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente às pesquisas científicas é a identificação do participante. Para minimizar este risco, os pesquisadores não utilizarão o nome de nenhum participante. Outro cuidado será o uso de números para identificar cada questionário ou entrevista transcrita, bem como uso desses mesmos números no momento de divulgação científica de resultados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores. Os benefícios serão que você poderá insere-se na oportunidade de expressar suas opiniões e compreensões a respeito das ações desenvolvidas no seu trabalho. E você também se beneficiará indiretamente, pois nos auxiliando com esta pesquisa estará contribuindo ampliar a compreensão sobre sua atuação profissional, o que gerará novas informações sobre a temática.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Daisy Aparecida Alves Franco, telefone celular (34) 99665-9134, Renata Fabiana Pegoraro na Av. Pará, 1720 - Bloco 2C, Sala 47, Bairro Umuarama, Instituto de Psicologia, no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia, em Uberlândia - MG, CEP 38405-320, Telefone: (34) 3225-8534. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura da pesquisadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa