

REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRÁTICAS E DESAFIOS NO COTIDIANO DE TRABALHADORES DE UM CAPS

Psychiatric Reform: practices and challenges in the daily life of a Psychosocial care center workers

Caroline Cusinato¹
Sueli Terezinha Ferrero Martin²

Artigo encaminhado: 27/10/2022
Artigo aceito para publicação: 20/11/2024

RESUMO

A reforma psiquiátrica é um processo histórico que questiona e propõe novas estratégias para a transformação do paradigma da psiquiatria. Pautada na Psicologia Histórico-Cultural e no materialismo histórico e dialético, este artigo investiga os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica, com foco na reprodução ou superação da lógica manicomial nas práticas de trabalhadores de um CAPS I no interior de São Paulo. O objetivo é compreender como as práticas e desafios cotidianos desses profissionais refletem os princípios do modelo de atenção psicossocial. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito trabalhadores do serviço. A análise foi organizada em núcleos de significação. Os resultados mostram que, embora alguns trabalhadores promovam práticas alinhadas ao modo de atenção psicossocial, outros reproduzem aspectos do modelo manicomial, devido às limitações estruturais, falta de recursos ou desconhecimento das políticas públicas. Algumas contradições foram identificadas em relação a temáticas como: modelo médico, internação e práticas coletivas. Desta forma, compreendemos que superar a lógica manicomial exige esforços coletivos, formação crítica e melhores condições de trabalho para consolidar um cuidado ético e humanizado no território.

Palavras-Chave: Saúde mental. Reforma psiquiátrica. CAPS. Teoria histórico-cultural.

ABSTRACT

The psychiatric reform is a historical process that questions and proposes new strategies for transforming the paradigm of psychiatry. Grounded in Historical-Cultural Psychology and

¹ Psicóloga pela UNESP – Bauru. Mestre em Saúde Coletiva pela UNESP – Botucatu. Professora do curso de Psicologia da Fundação Educacional de Penápolis (FUNEP). Doutoranda em Psicologia pela UNESP - Assis. Bolsista de doutorado CAPES. E-mail: caroline.cusinato@gmail.com

² Formada em Psicologia. Doutora em Psicologia Social. Professora aposentada do Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Unesp Botucatu. E-mail: suelitmartin@gmail.com

historical-dialectical materialism, this article investigates the advances and setbacks of Psychiatric Reform, focusing on the reproduction or overcoming of asylum logic in the practices of workers at a CAPS I facility in São Paulo's interior. The objective is to understand how these professionals' daily practices and challenges reflect the principles of the psychosocial model. Semi-structured interviews were conducted with eight service workers, and the analysis was organized around meaning nuclei. The results reveal that, while some workers promote practices aligned with the psychosocial care model, others reproduce aspects of the asylum model due to structural limitations, lack of resources, or limited knowledge of public policies. Certain contradictions were identified regarding themes such as the medical model, hospitalization, and collective practices. Thus, overcoming asylum logic requires collective efforts, critical training, and improved working conditions to consolidate ethical and humanized care in the community.

Keywords: Mental health. Psychiatric reform. CAPS. Historical-cultural theory

1 INTRODUÇÃO

Este artigo busca analisar os avanços e os retrocessos da Reforma Psiquiátrica, assim como os desafios contemporâneos que envolvem os progressos e/ou a reprodução da lógica manicomial nas práticas dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para alcançar esse objetivo, utilizamos entrevistas semiestruturadas, que foram analisadas por meio de núcleos de significação, fundamentados no referencial teórico da Psicologia Histórico-Cultural.

Foi investigado quais são as práticas assistenciais dos profissionais de saúde desenvolvidas no CAPS, envolvendo a relação com os usuários, familiares e equipe, as necessidades de saúde e como são propostos os tratamentos. Buscou-se compreender a função dos trabalhadores da saúde que atuam nestes processos, identificando os desafios nas suas práticas para a superação da lógica manicomial.

Embora haja o entendimento de que os profissionais dos serviços substitutivos sejam agentes do movimento da reforma psiquiátrica, todo cuidado foi tomado para não culpabilizar os trabalhadores da saúde. A intenção é promover o olhar crítico e identificar as experiências

que avançam rompendo com a lógica manicomial, assim como com as principais dificuldades e barreiras que os trabalhadores enfrentam no seu cotidiano.

É também importante apontar que há outras determinações para esse processo, como as inclinações políticas e econômicas, o interesse e a atuação das gestões municipais e a consolidação da rede de serviços substitutivos. Neste sentido, é fundamental ressaltar que o capitalismo se reestrutura de tempos em tempos para garantir a manutenção ou aumento das taxas de lucro. Nas últimas décadas vivemos sob a ideologia neoliberal que atinge todos os setores da sociedade, sejam privados ou públicos. Como resultado, a saúde pública, especialmente a rede de saúde mental — incluindo o CAPS —, sofre as consequências desse modelo.

Os questionamentos norteadores sobre a permanência e reprodução de lógicas e práticas manicomiais no CAPS estão relacionados com: medicalização; internação desnecessária; centralização do saber médico; desvalorização de equipes multidisciplinares; falta de redes de apoio aos usuários e às famílias; relação hierárquica do cuidado; pouca valorização da voz do usuário; atividades intramuros; oficinas rígidas com pouca flexibilidade e entre outras problemáticas que eram (são) visíveis no momento em que os hospitais psiquiátricos eram os únicos serviços de assistência no campo da saúde mental, ou seja, práticas que circundam a realidade asilar, o modelo médico e a cultura da violência.

Como realidade asilar é compreendido a reprodução das instituições totais, caracterizadas pelo seu "fechamento" ou seu caráter total, representado pelas proibições de saídas e pelo impedimento da relação social do indivíduo encarcerado com o mundo externo (Goffman, 1974, p.16).

Compreende-se o modelo médico como um instrumento de controle social que anula as potencialidades do indivíduo, centralizando a atenção na doença, no sintoma e na cura, um modelo reconhecido por sua “concepção mecanicista do processo saúde-doença, por reduzir a causalidade aos fenômenos biológicos e focalizar a atenção sobre a doença e o indivíduo” (Schühli, 2020, p.179).

A cultura da violência é considerada como todas as formas de violência sofridas, sendo ela física, psíquica e/ou moral, uma cultura que expropria o indivíduo de sua relação e direitos com o mundo externo e anula toda a história individual e coletiva do sujeito.

O movimento da Reforma Psiquiátrica vem na contramão da manutenção desse modelo e instituições. Ela vem no sentido de romper com a estrutura e a lógica imposta, trazendo novas propostas, dentre elas a desinstitucionalização. Assim, no sentido de desconstrução desse modelo, Yasui (2010) afirma que:

Se nos colocamos na perspectiva de uma ruptura com esta racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o do isolamento, da exclusão, da disciplinarização e, também, como dispositivo que se espraia pela sociedade como estratégia de controle, vigilância, domesticação, devemos estar atentos sobre as relações entre a produção de cuidado e o território no qual se inscreve o serviço. (p.2)

Portanto, a desinstitucionalização não se limita apenas a uma reorganização técnica de serviços e a novas terapias, mas é um processo complexo de reconstruir saberes e práticas, de reposicionar o problema e estabelecer novas práticas e, acima de tudo, é um processo ético-estético, que deve reconhecer que novas situações geram novos sujeitos, sujeitos de direito. Portanto, a desinstitucionalização não se limita à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, apesar da sua relevância (Amarante, 2009; 2018).

Nesse sentido surge a indagação de qual a relação de trabalho estabelecida por esses profissionais no modelo psicossocial e como estes percebem este trabalho?

2 MÉTODO

2.1 Pressupostos metodológicos

O artigo tem como fundamentação teórica a Psicologia Histórico-Cultural alicerçada no materialismo histórico-dialético, que entende o homem como um ser social, histórico e cultural. Para Martins (2008), o materialismo dialético como método, estrutura princípios que conduzem à construção do conhecimento da totalidade de um fenômeno da realidade e, acima de tudo, das relações mútuas, das interdependências que há entre eles e por isso prioriza ser um método que compreende a realidade como totalidade.

De acordo com Vigotski (1931/1995), a elaboração do problema de pesquisa e o método se desenvolvem conjuntamente e não de forma paralela. Para o autor o método é ao mesmo tempo, premissa e produto, ferramenta e resultado de toda a investigação. Em vista disso, o materialismo histórico-dialético presume o entendimento dos fenômenos em sua

processualidade e totalidade no desvelamento de sua concretude (Pasqualini; Martins, 2015).

Esta pesquisa está vinculada com as práticas dos trabalhadores da saúde mental de um CAPS, portanto, a partir do método utilizado precisamos conhecer a estrutura e a história que permeiam as relações nesse serviço de saúde mental. Conforme aponta Martins (2008), a história é resultado das maneiras como os homens organizam suas existências durante todo o tempo, e ela refere-se ao movimento e às contradições do mundo, dos homens e de suas relações. Segundo Konder (2008), a dialética é a maneira de pensarmos as contradições da realidade, o modo de entendermos a realidade como contraditória e em transformação constante.

Vigotski (1931/1995) assevera que a exigência essencial do método dialético é estudar algo historicamente, o que implica compreendê-lo em movimento no seu desenvolvimento histórico. Assim, quando em um estudo se compreende o processo de desenvolvimento de algum fenômeno em sua totalidade e mudanças, significa dar visibilidade a sua natureza e conhecer sua essência. Portanto, a investigação histórica é algo que constitui o seu fundamento e não é algo que complementa ou auxilia o estudo.

Isto posto, quando afirmado que se estuda os fenômenos em movimento está sendo dito que os estuda historicamente, pois se entende a historicidade dos processos como movimentos dialéticos, evidenciados por oposições, concordâncias, simetrias e assimetrias. (Zanella *et al.*, 2007)

Conforme destacam Aguiar, Soares e Machado (2015), o objetivo do método histórico-dialético é destacar através do procedimento de análise e síntese do sujeito em foco suas particularidades históricas e sociais que caracterizam a articulação de sua singularidade e genericidade.

Neste artigo enfatizamos a categoria atividade, central para o materialismo histórico-dialético. Marx e Engels (2001) afirmam que “a produção das ideias, das representações e da consciência está, a princípio, direta e indiretamente ligada à atividade material” (p. 18). Tal conceito foi apropriado pelos autores soviéticos na fundação da Psicologia Histórico-Cultural e para estes, em consonância com as ideias marxianas, tal

conceito é essencial quando buscamos a compreensão do desenvolvimento do psiquismo humano.

Assim, para estudar a atividade dominante ou principal de um indivíduo³ (Leontiev, 1978), é necessário ainda compreender as nuances que envolvem as relações de trabalho no sistema de produção capitalista. É importante, portanto, entender como se estruturam essas relações em uma sociedade de classes, já que são mediadoras da existência concreta do homem e intimamente vinculadas com a forma como ele reproduz essa existência.

2.2 Caracterização do local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um CAPS I de um município de médio porte, localizada no interior do estado de São Paulo. O CAPS I atende a população com faixa etária a partir dos 18 anos, possuía em média 3.000 prontuários ativos e 4.000 prontuários em arquivo morto que são reativados quando o usuário volta a frequentar o serviço. Essa demanda representa e configura o serviço em algo que se aproxima de um ambulatório e não como está proposto pelas políticas públicas, no caso do CAPS.

A demanda do CAPS é espontânea, indicando que os usuários podem procurá-lo sem encaminhamento de outros serviços, porém, vários usuários chegam ao local encaminhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS).

Na época da pesquisa o local contava com quinze trabalhadores, sendo eles: três psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, duas enfermeiras, uma fonoaudióloga, dois médicos psiquiatras, uma médica clínica geral especialista em psiquiatria, totalizando onze profissionais de nível superior que compunha a equipe técnica. A equipe de apoio era formada por dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de limpeza, dois auxiliares administrativos e um vigia.

³ Atividade dominante ou principal é aquela que é importante para o desenvolvimento subsequente, que condiciona as principais mudanças nos processos psíquicos e as particularidades psicológicas da personalidade do indivíduo num dado estágio do seu desenvolvimento. (Leontiev, 1978)

O CAPS preconiza atendimento em grupo⁴, apresentando algumas modalidades de cuidado como: intensivo, semi-intensivo, não intensivo. É no projeto terapêutico singular dos usuários que deve conter a conduta de qual atendimento ele irá participar segundo o que o próprio CAPS pode oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02⁵.

Nesse serviço também havia programas destinados à família, como: orientação familiar individual sob responsabilidade da assistente social (toda sexta-feira à tarde), trabalhos em sala de espera, e quando há necessidade atendimento familiar individual.

Foi possível notar que não surgiram dados que apresentem atividades extramuros e também não foi possível identificar se há ou não assembleias realizadas com trabalhadores e usuários.

2.2 Participantes da pesquisa

Os participantes desta pesquisa são trabalhadores atuantes na área da saúde mental vinculados ao CAPS, que apresentam curso superior e cargo de técnicos como: Coordenador da Unidade, Psicólogo, Enfermeiro, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Médico, entre outros que compõem o quadro de funcionários do CAPS escolhido.

Como critério de inclusão foi escolhido entrevistar apenas os trabalhadores com curso superior, pois, segundo informações obtidas em entrevista com a gerente da Unidade, os trabalhadores com curso técnico compõem a Equipe de Apoio e essa equipe não participa de reuniões semanais e nem do planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Nesta pesquisa foi considerado importante que os participantes tivessem conhecimento do PTS e dos processos de cuidados integrais aos usuários do serviço (pessoas com necessidade de cuidados em saúde mental e seus familiares), pois na entrevista foram exploradas algumas questões referentes a essa temática. Outro critério de inclusão foi que os participantes

⁴ O Atendimento Intensivo trata-se de um atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico. O Atendimento Semi-Intensivo é oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do usuário diminuíram, com significativa melhora de relacionamento. E o Atendimento Não-Intensivo é “oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho...” (Brasil, 2004, p. 16).

⁵ Para maiores detalhes sobre o CAPS sugerimos leitura da Portaria GM 336/02: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html e do material “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

envolvidos com a pesquisa atuassem no mínimo há um ano no serviço. Foram um total de onze convidados, sendo que oito aceitaram participar, que serão aqui nominados como entrevistado (E) de 1 a 8 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8).

2.3 Procedimentos para coleta e análise de informações

As entrevistas, realizadas entre janeiro e março de 2015, foram conduzidas de forma individual e semiestruturada, o roteiro abrangeu temáticas que envolviam a trajetória profissional dos participantes, as atividades cotidianas no serviço e conteúdos sobre reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, com a intenção de conhecer como os profissionais percebiam e realizavam suas práticas e quais desafios estavam colocados para eles.

Para a análise das informações coletadas foi utilizado os núcleos de significação. Conforme destacam Aguiar, Soares e Machado (2015) os núcleos de significação se configuram como um procedimento metodológico que pode influenciar em um avanço significativo na qualidade das explicações sobre a formação dos sentidos e significados.

O percurso para elaborar os núcleos de significação começa com leituras flutuantes das entrevistas, quando foi possível identificar e organizar os pré-indicadores nas falas dos participantes. Para Aguiar e Ozella (2006, 2013) um critério fundamental para selecionar esses pré-indicadores é analisar sua importância para o entendimento do objetivo da investigação e esse processo implica aglutiná-los, seja por similaridade, contraposição ou complementação.

A partir dessa aglutinação são identificados os indicadores. Os autores afirmam que esse momento determina uma fase do processo de análise, mesmo que ainda empírica e não interpretativa, mas que encaminha um início de nuclearização. Eles complementam que o processo de articulação a partir da aglutinação anterior resulta na organização dos núcleos de significação através de sua nomeação, que devem expressar os pontos centrais e fundamentais que fornecem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que evidencie as suas determinações constitutivas.

A realização dessa pesquisa adotou os procedimentos devidamente apropriados em pesquisas envolvendo seres humanos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa⁶.

Ressalta-se ainda que, foi mantido o compromisso com o sigilo e optamos por nomear os participantes da pesquisa de E1 a E8.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ressaltamos que adotamos uma análise materialista dialética, pois consideramos que o conhecimento científico não é construído por fatos e informações isoladas, mas é produzido em determinado período e lugar histórico, portanto a análise dialética dos fatos também se faz necessária, pois permite a interpretação dos fenômenos existentes no interior dos serviços substitutivos em saúde mental e a sua relação com a sociedade.

Compreendemos, portanto, que o modelo de atenção psicossocial propõe uma transformação que seja conceitual e prática, buscando superar a lógica manicomial que ainda persiste em algumas técnicas e estratégias no cotidiano dos serviços. Essa mudança, no entanto, representa um desafio significativo, especialmente no contexto das práticas diárias dos trabalhadores de saúde mental, conforme demonstrado na análise a seguir.

3.1 Análise dos núcleos de significação

Abaixo, o Quadro dos Núcleos de Significação permite entender com quais Núcleos foram trabalhadas a análise e discussão dos resultados. Para este artigo serão apresentados os Núcleos de significação “Práticas Assistenciais dos Trabalhadores” (B) e “Dificuldades e Desafios encontrados pelos trabalhadores” (C).

Quadro 1. Núcleos de Significação

TEMAS	NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO
A. Organização do trabalho em equipe	A1. Trabalho em equipe visto como um trabalho multidisciplinar que proporciona trocas coletivas A2. A construção coletiva do PTS como algo novo para a equipe

⁶ A pesquisa foi aprovada sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 35144414.3.0000.5411

B. Práticas Assistenciais dos Trabalhadores	B1. A importância do acolhimento na produção de vínculo com os usuários e seus cuidadores. B2. A construção do diagnóstico e outras atividades como uma prática exclusiva do médico B3. A medicação como algo a ser controlado pela equipe e a necessidade de associá-la a outros recursos B4. A internação como uma prática realizada apenas quando necessário B5. O grupo e as oficinas compreendidas como espaços de troca e de reinserção social
C. Dificuldades e Desafios encontrados pelos trabalhadores	C1. O aumento da demanda e a falta de recursos em geral complica e dificulta o desenvolvimento do trabalho. C2. A dificuldade da articulação da Rede de Saúde e Intersetores devido à falta de estrutura e preparo dos trabalhadores C3. Dificuldades de se articular com a Rede de Saúde e Intersetores devido ao preconceito e estigmatização dos usuários de Saúde Mental
D. Reforma Psiquiátrica	D1. Reforma Psiquiátrica: de algo que não saiu do papel a um novo modelo de atenção psicossocial
E. Luta Antimanicomial	E1. A Luta Antimanicomial: da desarticulação do movimento a um importante movimento político

Práticas Assistenciais dos Trabalhadores (B)

A importância do acolhimento na produção de vínculo com os usuários e seus cuidadores (B1)

A conduta dos trabalhadores no acolhimento é muito importante, pois este deve ser entendido como um dispositivo de construção de um espaço comum, materializado nas relações e interações diárias entre os profissionais e os usuários. Essas trocas cotidianas são fundamentais para estabelecer uma relação de confiança e vínculo, promovendo o cuidado e vivências mais colaborativas na saúde mental (Romanini; Guareschi; Roso, 2017).

E7 coloca a importância e a necessidade do acolhimento, mas expressa que essa prática é desgastante: *“e muitas vezes ele não entende, mas ele está sofrendo, então é um desgaste... realmente acolhimento é um desgaste...”*.

A construção do diagnóstico e outras atividades como uma prática exclusiva do médico (B2)

Para Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), “o diagnóstico por si só NÃO é um instrumento de grande utilidade para estabelecer a estratégia de intervenção e para prever o

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.16, n.50, p. 19-43, 2024

desenvolvimento da enfermidade.” (p.14). Segundo os autores, ele “é apenas uma parte limitada do processo diagnóstico...” (p. 23)

Trazendo uma fala muito significativa comparando a construção de diagnóstico como um Ato Médico, E2 reforça essa prática como algo exclusivo: “*A construção do diagnóstico?! (Risos). Aí... a construção de diagnóstico é papel médico, é um ato médico.*”

Além da prática do diagnóstico, percebemos que as visitas domiciliares também são uma prática que requer a presença do profissional médico. Alguns trabalhadores trouxeram a dificuldade de realizar as visitas por conta de diferentes problemas envolvendo recursos que propiciem essa prática, sendo uma importante ferramenta no cuidado aos usuários/cuidadores/familiares. Porém, E6 relata que as visitas só acontecem quando há médicos disponíveis, demonstrando que a presença desse profissional é essencial nessa prática.

As políticas públicas em saúde mental preveem visitas domiciliares como uma prática a ser realizada pelos profissionais do CAPS, no entanto, em nenhum momento é explicitado que a presença do médico seria imprescindível para que elas acontecessem.

A visita domiciliar é uma estratégia importante, pois ela facilita a interação entre as pessoas, permitindo compreender melhor as realidades de vida dos usuários, fortalecer vínculos e entender as dinâmicas familiares. Enquanto uma estratégia de cuidado, as visitas domiciliares são essenciais para romper com práticas manicomiais e médico-centradas, oferecendo um cuidado mais próximo e humanizado (Morais *et al.*, 2021).

A medicação como algo a ser controlada pela equipe e a necessidade de associá-la a outros recursos (B3)

Sobre os cuidados em Saúde Mental, nota-se que o tratamento medicamentoso é uma prática que envolve um controle muito presente e alguns profissionais relatam o movimento de conscientização do uso abusivo do medicamento. Percebe-se que o controle aparece também com outros significados: o de controlar o uso abusivo e o de verificar se os usuários estão se medicando corretamente conforme a prescrição.

A medicação, embora desempenhe um papel importante no cuidado em saúde mental, é frequentemente pouco discutida de maneira esclarecedora. O empoderamento e a

autonomia no uso dos medicamentos e no tratamento envolvem compreender não apenas seus aspectos farmacológicos, mas, sobretudo, o significado que esse uso tem dentro do contexto da vida do usuário (Santos *et al.*, 2020).

E6 fala da importância do controle como verificação nos grupos se os usuários estão se medicando corretamente conforme a prescrição.

...não pode parar, fica um dia sem tomar...você perdeu todo o tratamento, então eu procuro orientar, eu procuro dar um respaldo sobre esses itens, porque se não a pessoa fala 'ah eu tomei a medicação por dois dias e não to vendo melhora nenhuma' e desiste. (E 6)

E1 e E3 ainda afirmam que para ter acompanhamento no CAPS é importante estar em tratamento medicamentoso, senão não há a necessidade de permanecer no serviço. Como relata E1: *“Eu acredito que não tem ninguém aqui que não tem tratamento medicamentoso, até porque se não precisar vai pra outro serviço”*.

As falas anteriores levam a reflexão sobre a proposta e o funcionamento do serviço, que tem como principal objetivo substituir o modelo manicomial. É compreensível a importância do tratamento medicamentoso, mas considera-se preocupante apenas usuários que fazem uso de medicamentos ocuparem esse espaço. Isso leva a questionar as ações de várias instâncias, como a própria política pública, a gestão e a conduta médica.

E2, E7 e E8 ressaltam a importância da medicação, porém trazem o significado de que essa prática é importante quando associada a outros recursos: *“Eu acho que a terapia anda muito junto com a medicação, então o tratamento vai ser a parte medicamentosa e a parte da terapia, então é isso, anda junto, separado não tem mesmo efeito.” (E8)*.

E2 também problematiza apontando que *“...eu acho assim, que é um recurso, mas a gente sempre fala aqui o tempo inteiro que não pode ser o único e que não pode ser só o remédio...”* e E7 complementa reafirmando a necessidade de associar com psicoterapia, *“...a gente tenta manejar as crises né, com medicação e psicoterapia, muitas vezes dá resultado o paciente consegue controlar bem. (E7)*

Esse Núcleo de Significação mostrou que há também a compreensão do usuário para além do biológico. E2, E7 e E8, demonstram esse entendimento ao afirmarem que o tratamento medicamentoso não deve ser visto de forma isolada, pois acreditam que não tem

o mesmo efeito do que pensá-lo vinculado à prática psicoterapêutica, como apontado em suas falas acima.

A internação como uma prática realizada apenas quando necessário (B4)

E5 é uma das trabalhadoras que afirma que o CAPS não tem como proposta a internação e que o serviço é substitutivo a essa prática: “...o CAPS é um serviço que não é para internar, a gente é substitutivo da internação, quando precisa internar é porque precisa mesmo, é porque a pessoa tá correndo um sério risco pra ela e que nada deu certo”. E4 afirma que, se a internação for necessária, é essencial ser humanizada e que esse usuário volte a conviver em sociedade:

se vai internar que seja mais humanizado, que seja breve né, qualidade de vida... Eu não sou contra internação, eu acho que alguns casos têm que internar...tem que internar, uma internação breve, uma internação digna, tem que internar... Só que assim, saiu, volta... volta que a vida é aqui fora...(E4)

A fala da trabalhadora mostra consonância com as políticas públicas que prevê que as internações devem ser de curta duração até a estabilidade clínica. (Brasil, 2011).

Conforme a Reforma Psiquiátrica, a internação deve ser considerada uma medida extrema, sendo indicada somente quando todas as alternativas de cuidado extra hospitalar forem esgotadas. É preciso priorizar o cuidado em liberdade e no território, para garantir que a pessoa não seja excluída da sociedade e tenha o direito ao acesso a tratamentos mais humanizados e integrados à comunidade, como os CAPS (Sousa; Jorge, 2019).

Segundo as/os trabalhadoras/es, as internações são evitadas no serviço, característica consonante com o modo de atenção psicossocial que entende o cuidar no território e não no isolamento.

Sabe-se que as políticas públicas de Saúde Mental criaram recursos para substituir os hospitais psiquiátricos e os CAPS são um desses dispositivos. Além disso, é importante a implantação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios para que em articulação essa Rede funcione e receba os usuários, evitando assim a necessidade de internações em hospitais psiquiátricos e garantindo que em momentos de crise sejam utilizados os CAPS III e os hospitais gerais. De acordo com Campos (2001), os serviços substitutivos são definitivamente dispositivos competentes para que se previna e evite internações.

O grupo e as oficinas compreendidas pela equipe como espaços de troca e de reinserção social (B5)

Como visto, as atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, prevendo grupos, assembleias de usuários e reunião diária de equipe (Brasil, 2011). Nas práticas cotidianas dos trabalhadores os grupos e oficinas são por eles compreendidos como espaços de trocas entre os usuários e importantes para o processo de reinserção social. Para Martins (2003) o processo grupal pode possibilitar um “espaço para a problematização do cotidiano, para o desencadeamento de novas relações e vínculos afetivos, para a expressão de opiniões e sentimentos.” (p.209).

E5 e E2 ressaltam em suas falas que esse espaço proporciona e facilita a reinserção social. E5 pontua:

A gente trabalha mais com a ênfase de colocar essa pessoa de novo na vida social, porque quando começou era muita gente saindo de hospital psiquiátrico né... então a gente tinha que ensinar de novo essa pessoa, reinserir ela no mercado de trabalho ou na sociedade mesmo... (E5)

Para esta profissional, o papel do CAPS através do grupo é ajudar para que os usuários procurem recursos na comunidade e não se tornem dependentes do serviço, como podemos observar na fala:

...então daí ele vai conseguir procurar recursos na comunidade, fazer assim... outras coisas, voltar a trabalhar, andar de ônibus, lidar com dinheiro, essas coisas e depois vai pro não intensivo. O não intensivo é uma manutenção mesmo, então nesse ele já tá estudando, trabalhando, aí vem uma vez por mês só pra gente ir vendo se tá legal (E5)

A trabalhadora continua afirmando que a equipe faz todo esse movimento através dos grupos e oficinas para que os usuários não tenham o CAPS como a única opção de vivenciar situações cotidianas e relações sociais: “a gente preza que ele tenha uma vida lá fora, para que ele não crie o CAPS como uma muleta”.

Para ela esses são espaços diferenciados, pois possibilitam que os usuários sejam acompanhados de maneira bem próxima e proporcionam que eles ocupem outros lugares para além do serviço, como é o caso da experiência com uma oficina de música que tem sido muito reconhecida pela sua importância tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores.

Nesse mesmo sentido, Aires, Vianna e Tsallis (2021, p.213) afirmam que “apostamos nas oficinas como uma possibilidade de cuidado que não exclui o sujeito do corpo social e dos atos da sociabilidade”.

Ressalta-se que as participações dos usuários nas oficinas dependem do interesse deles. Como apontam Kantorski *et al.* (2011), o usuário tem a liberdade de participar ou não das oficinas, ele tem a autonomia de escolher e participar daquilo que mais gosta, assim pretende-se que o usuário se privilegie das atividades que o CAPS oferece.

Ainda para as autoras, os grupos e oficinas são recursos fundamentais para os usuários, pois é importante os cuidados terapêuticos irem além da doença, sendo que esses recursos englobam as relações interpessoais na comunidade e território em que está inserido o sujeito.

Além disso, como nos lembra Schühli (2020), o trabalho com grupos nos CAPS, no debate sobre modelos de atenção à saúde mental “tem sido orientado para a instrumentalização das práticas biomédicas, seja no fortalecimento do modelo biomédico nas políticas de saúde mental, seja pela refuncionalização de conceitos e práticas do modelo psicossocial” (p. 32-33).

O autor afirma também que isso ocorre “sob parâmetros administrativos e gerenciais que subvertem os intentos do cuidado em favor das necessidades do capital, mediadas pelas instituições” (Schühli, 2020, p. 33).

Dificuldades e Desafios encontrados pelos trabalhadores (C)

O aumento da demanda e a falta de recursos em geral complica e dificulta o desenvolvimento do trabalho (C1)

E2, E3, E4, E5 e E7 falam sobre a demanda do serviço e o quanto isso pode prejudicar o desenvolvimento do trabalho cotidiano e influenciar diretamente a qualidade dos atendimentos. Para E2, “...a gente atende muita gente, é uma população enorme, então o dia a dia é muito intenso, muito pesado, tem dia que a gente atende muita gente, falta atendimento, que é uma loucura...”.

E7 também afirma que o maior desafio é a demanda e que para lidar com isso seria importante reorganizar o serviço. Ela compara o trabalho do médico com o de outros

profissionais, levantando a problemática de que médicos atendem um número fechado de usuários/dia e os outros trabalhadores têm que atender toda a demanda. A maior preocupação da trabalhadora é a qualidade do serviço que é oferecido nos acolhimentos e nos grupos, ressaltando que essa quantidade de usuários prejudica os grupos, pois se torna um grupo de apenas fazer perguntas, sem espaço para acontecer a troca entre os usuários e trabalhadores e usuários com os próprios usuários. Abaixo, os trechos que apresentam esses elementos:

...médico atende fechado, são 16 pacientes/dia, os outros profissionais você atende quantos chegarem, o acolhimento não é colocado assim, “olha vocês vão atender 10”, se chegar 20, vamos ter que atender 20. Então o que acontece, é uma preocupação minha, a qualidade desse serviço, como que você vai acolher, vai ouvir... (E7)

A mesma coisa o intensivo, às vezes o intensivo não consegue... tem todo um projeto, leitura de textos, aí fica muito batidão só perguntando como ele, em termos de controle de medicação, fica tudo muito igualzinho, porque é muito paciente... (E7)

Para E3 essas questões estão relacionadas com o quadro de funcionários que não sofre ajustes conforme a demanda aumenta:

Nós estamos hoje com o quadro completo de CAPS mas o mesmo quadro de oito anos atrás, o outro primeiro CAPS que eu atendia lá na (nome da rua), a gente tinha 100 pacientes por semana, aqui a gente tem 500 ou mais, então assim a proporção é muito maior e o número de funcionários é o mesmo... (E3)

Nesse contexto apresentado, questiona-se o funcionamento do CAPS como um serviço que se aproxima de um atendimento ambulatorial em saúde mental. Luzio e Yasui (2011) alertam que é perigoso “o CAPS ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental, isto é, uma unidade isolada, em que se executam em nível ambulatorial ações próprias de profissionais” (p.23).

Para Basaglia (2008), se o serviço age como simples espaço ambulatorial cujo objetivo é distribuir medicamentos ou realizar psicoterapia por hora; quando se faz o “jogo do empurra” entre as competências e ignora as demandas dos sujeitos e as dificuldades das famílias, compactua-se com permanência dos velhos serviços e da velha lógica institucional.

A ausência de outros recursos também dificulta e complica o desenvolvimento do trabalho. E1, E2, E3, E4, E6 e E8 deixam explícito em suas falas quais são para eles essas dificuldades encontradas e quais são os recursos que fazem falta. A fala de E2 sintetiza bem o pensamento deste grupo:

...a gente precisa de espaço com sala maior, a gente precisa de mais cadeira pra sentar (risos), a gente às vezes faz grupo de pé porque não tem cadeira, material às vezes não tem, tem que trazer de casa. Então assim, tem questões estruturais muito complicadas, tem questões relacionais muito complicadas, questões políticas... (E2)

A dificuldade da articulação da Rede de Saúde e Intersetores devido à falta de estrutura e preparo dos trabalhadores (C2)

Para Luzio e Yasui (2011), o CAPS é um serviço inserido em uma conjuntura de mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, portanto, é necessário que se articule com todas as instâncias de cuidados em Saúde Mental que acontecem na Atenção Básica como: a Estratégia de Saúde da Família, a rede de ambulatórios e os hospitais, assim como com as atividades de suporte social (trabalho, lazer, direitos).

E5 diz “...que rede? De balanço (risos), ah de saúde? (Risos), a rede não tem, seria muito bom que existisse... não tem”. Apesar da trabalhadora colocar que não existe uma Rede de Saúde implantada, ela relata os dispositivos que faltam e o quanto a falta desses dispositivos e recursos sobrecarregam e prejudicam os trabalhadores.

E3 acha importante trabalhar para consolidar e fortalecer a Rede de Saúde, no trecho da fala notam-se elementos que vêm ao encontro com as políticas públicas de saúde mental, que entende que o tratamento do usuário deve ser em meio aberto e na comunidade, que o objetivo é não os tornar dependentes dos serviços e que todo o cuidado seja feito no território.

Para mim sempre o grande desafio é questão da rede, na minha opinião a gente tá trabalhando pra isso e tal, mas precisamos do apoio matricial para dar um retorno pro pessoal da rede. Por quê? Porque o CAPS não tem que segurar o paciente pra sempre, que o objetivo do CAPS é devolver o paciente lá pra sociedade, se ele está estável ele poderia passar no médico perto da casa dele, isso é uma coisa que a gente não consegue ainda, isso pra mim é desafio, eu espero né, a gente tá caminhando pra uma melhora em relação a isso. (E3)

Nesse sentido, entendemos que a falta de reconhecimento dos fluxos de cuidado e as fragilidades na comunicação entre os serviços dificultam o desenvolvimento de um cuidado contínuo e integral. As fragilidades na articulação da rede de serviços e as dificuldades em atender às demandas de saúde mental nos diversos dispositivos contribuem para o isolamento do CAPS (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Apesar das dificuldades apontadas pelos trabalhadores em relação à falta de articulação da Rede de Saúde, E2 traz como é importante que esta aconteça e como as parcerias realizadas com a Rede de Saúde e os Intersetores são pontuais e específicas, geralmente acontece pelo fato de os profissionais conhecerem alguém dentro do outro serviço.

No trecho abaixo, E2 coloca a importância da articulação para que o cuidado seja contínuo e não reservado apenas ao CAPS e que o cuidar seja no território, como prevê as políticas de saúde mental. Assim, o CAPS é mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que abarca uma reorganização da rede a partir de uma lógica territorial, o que consiste em fortalecer os recursos que a comunidade oferece para construir assim estratégia de cuidados no território em que o sujeito vive (LUZIO e YASUI, 2010).

Então o trabalho em rede é essencial, se a gente pensar no cuidado do usuário de saúde mental, na necessidade desse cuidado ser contínuo, que não fique restrito ao CAPS que esse cuidado aconteça no território onde ele mora, de outros lugares e tal... É essencial, mas a gente tem muita dificuldade de trabalhar em rede, a própria rede de saúde mental do município não tá completa, falta centro de convivência, a gente não tem geração de renda, coisas super importantes... (E2)

Observa-se que E1 entende que Rede de Saúde é um “vir a ser”, ou seja, é algo que deve ser construído conforme a necessidade do usuário. Percebe-se que para E1 a construção dessa Rede é algo individualizado, olhando apenas para um sujeito em específico e não para as necessidades coletivas de todos os usuários: “O que eu entendo da Rede é uma possibilidade de vir a ser, a rede não existe é uma possibilidade de vir a ser. [...] a rede é uma possibilidade que é criada de acordo com a necessidade do momento.” (E1)

Os trechos de E1 são passíveis de interpretação de que a Rede de Saúde e os Intersetores não dependem da implantação de uma política pública e sim de profissionais

dispostos a criar a Rede, o que nos mostra que a sua visão sobre a Rede de Saúde e Intersetores diverge da proposta da RAPS. É importante que essa rede esteja integrada à rede básica de saúde, que esses serviços se estruturam de forma descentralizada, que se articulem e seja intersetorial, garantindo-se assim como serviços humanizados e de qualidade, serviços esses que vinculem, criem laços entre usuários, profissionais, familiares e a comunidade como um todo e não que se cria a rede a partir de uma necessidade individual de um sujeito.

Dificuldades de se articular com a Rede de Saúde e Intersetores devido ao preconceito e estigmatização dos usuários de Saúde Mental (C3)

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), é importante a construção de práticas sociais que promovem um processo de mudança da imagem da loucura e do louco. Nesse sentido, E6 aponta que há o preconceito, pois não houve uma mudança sobre a imagem da loucura e do louco.

...as pessoas têm preconceito, tratam mal ou não tratam como poderiam tratar o ser humano né, de forma respeitosa, educada, então... é diferente, cheguei no pronto-socorro, principalmente no pronto-socorro que tá com uma urgência, tá passando mal, 'ah é paciente do CAPS'. (E6)

E o trabalhador continua: “...a própria recepção dos postos de saúde, os postos de saúde e os clínicos deveriam atender os pacientes que estão estabilizados e não atendem, mandam tudo pra Unidade especializada.”. (E6)

Observa-se que essa exclusão dos usuários de saúde mental em relação a outros espaços na saúde e intersetores cria uma relação de dependência, pois o CAPS é o único espaço que os recebem e os aceitam.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise a partir dos núcleos de significação revelou que as práticas cotidianas dos trabalhadores oscilam entre a reprodução de uma lógica manicomial e avanços alinhados ao modelo psicossocial. Essas contradições reforçam a necessidade de investimento em formação crítica, articulação em rede e melhores condições de trabalho.

Para Luzio (2011), o desafio do modelo de atenção psicossocial não é apenas desenvolver-se na humanização das relações entre indivíduos, sociedade e instituições psiquiátricas, mas é também cuidar dos usuários com sofrimento psíquico no território, produzir vida, promover cidadania e romper com os princípios e ideais do asilamento.

Observa-se nos relatos e compreende-se que as práticas cotidianas como: acolhimentos, atendimentos terapêuticos individuais/familiares, grupos e oficinas vão ao encontro com a proposta do modelo de atenção psicossocial.

Através dessas práticas, os trabalhadores conseguem produzir vida fora dos ideais de asilo, os profissionais passam a olhar para o sujeito em si e não para a doença, buscando a reinserção social dos usuários e restabelecendo e/ou criando vínculos que potencializam o cuidado. Desta forma, “o estado de saúde e doença não devem ser pensados de forma cristalizada, mas processual ou dinâmica” (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013, p. 12).

Foram observadas evidências da centralidade médica em algumas práticas relatadas pelos trabalhadores durante a entrevista, o modelo médico centrado e o saber médico são para alguns profissionais naturalizados. Não raro, foi possível perceber nas entrevistas que alguns trabalhadores não compreendiam essa prática como algo a ser superado no modelo de atenção psicossocial.

A centralidade médica e o modelo biomédico são paradigmas que pertencem à velha lógica manicomial e com a nova proposta de cuidado na atenção psicossocial deveriam ser superados. Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), o modelo de atenção psicossocial requer mudanças no campo teórico-assistencial que prevê rompimento e reconstrução do modelo médico.

A partir da análise das informações coletadas foi observado que em determinadas práticas relatadas pelos trabalhadores há a superação da lógica manicomial e um movimento de luta e resistência. Porém, há um contraponto que nos indica ainda em algumas práticas, condutas e discursos que o modelo manicomial está sendo reproduzido dentro desse serviço que tem como política pública a superação dessa velha lógica para um novo modelo, um novo paradigma de atenção e cuidado.

Ao observar contradições entre as concepções apresentadas pelos trabalhadores, é importante salientar que estas expressam em relação direta com a atividade profissional

destes. Para realizar essa análise, foi necessário resgatar em primeiro lugar que, de acordo com Leontiev (1978), antes de colocar em evidência particularidades psicológicas da consciência dos homens, precisa-se compreender a atividade destes engendrada nas relações concretas que a permeiam. E em segundo lugar que o sentido atribuído por cada homem traduz a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados. Sabe-se que o sentido está relacionado à sua atividade e às relações que permeiam essa atividade, desta forma, uma mesma situação vivida por duas pessoas diferentes terá sentidos diferentes para cada uma, a depender do modo como foi apropriada essa vivência.

Nessa pesquisa, ao observar olhares diferentes sobre um mesmo fenômeno, compreende-se que isso se produz e reproduz a partir das diferentes condições concretas (históricas e sociais) vivenciadas pelos trabalhadores e em relação com a sua atividade (sem deixar de lado que estas se expressam em uma sociedade de classes), por exemplo: as diferentes formações profissionais e acadêmicas; vivências específicas relacionadas à Luta Antimanicomial; condições concretas de trabalho e funções exercidas; diferentes experiências profissionais; assim como vivências vinculadas a outras atividades (que não a profissional) exercidas ao longo das suas vidas e que possam se relacionar com a construção de tais sentidos.

A partir da análise da coleta de informações foi possível compreender que alguns trabalhadores no cotidiano do serviço identificam em algumas de suas práticas a reprodução da lógica manicomial, realizando constantemente um movimento pessoal e coletivo para que tal lógica seja superada. Alguns trabalhadores demonstram amplo entendimento das políticas públicas que estão embasadas em um novo modelo e uma nova prática de atenção, a atenção psicossocial.

Foi possível observar também que outra parcela de trabalhadores (que variaram conforme a temática abordada) acabam reproduzindo e naturalizando a lógica manicomial dentro do serviço. Essa reprodução muitas vezes acontece pela falta de conhecimento da política pública em saúde mental e/ou por não concordar com esta em alguns pontos.

É importante não reduzir a lógica manicomial apenas à exclusão social do indivíduo, precisa-se entender que essa lógica está presente em práticas que anulam as

potencialidades e negam a eles seus direitos, reproduzindo o aniquilamento da individualidade do sujeito.

Romper com essa lógica é construir novos saberes, uma nova prática e uma nova política. A implantação de novos saberes, de um novo modelo, não é apenas desconstruir e reestruturar algo já existente, é criar novas possibilidades a esses sujeitos.

5 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sérgio. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 26, 2, p. 222-245, jun. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/QtcRbxZmsy7mDrqtSjKTYHp/?format=pdf&lang=pt>

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de; OZELLA, Sérgio. (2013). Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, 94, 236, p. 299-322, jan. /abr. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbeped/a/Y7jvCHjksZMXBrNjkqq4zjP/?format=pdf&lang=pt>

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de; SOARES, Júlio Ribeiro; MACHADO, Virgínia Campos. (2015). Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, 45, 155, p. 56-75, Mar. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/cp/a/cJgwjVtjwQ4thrMbxB4ZPFm/?format=pdf&lang=pt>

AIRES, Jackeline Sibelle Freire.; VIANNA, Keyth.; TSALLIS, Alexandra. Oficinas terapêuticas em saúde mental: pesquisando COM a Teoria Ator-Rede. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 33, n. 3, p. 212–217, set. 2021. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i3/5986>

AMARANTE, Paulo. (2009). Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1, 1, jan-abr. (CD-ROM). Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68425/41204>

AMARANTE, Paulo.; NUNES, Mônica. DE Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018.

BASAGLIA, Franca Ongaro. (2008). Saúde/doença. (pp. 17-36). In P. Amarante., & L.B. Cruz. (Orgs.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro, RJ, Laps. (Originalmente publicado em 1996).

BRASIL. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção**

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.16, n.50, p. 19-43, 2024

psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

BRASIL. (2011). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

CAMPOS, Rosana Onocko. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate, 25, 58, p. 98-111. Recuperado de <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagón. Os Sentidos da Saúde e da Doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Coord.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora. p.13-44.

GOFFMAN, Erwin. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

KANTORSKI, Luciane Prado; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; DEMARCO, Daiane de Aquino; ESLABÃO, Adriane Domingues; NUNES, Cristiane Kenes; GUEDES, Ariane da Cruz. (2011). A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. Revista de Enfermagem e Saúde, Pelotas (RS), jan-mar, 1, 1, p. 4-13. Recuperado de <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3401/2792>

KONDER, Leandro. (2008). O que é dialética. (6ª reimpr. da 28a. ed.). São Paulo, SP: Brasiliense. (Originalmente publicado em 1981).

LEONTIEV, Alexis Nikolaevich. (1978) O desenvolvimento do psiquismo. Trad. Manuel D. Duarte. Lisboa, Portugal: Horizonte Universitário. (Originalmente publicado em 1959).

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. (2010). Além das portarias: desafios da política de saúde mental. Psicologia em Estudo, 15, 1, p. 17-26. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPftHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

LUZIO, Cristina Amélia. (2011). Atenção Psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In M.L. Boarini (Org.). Desafios na atenção à saúde mental. (2ª. ed.). (pp. 145-174). Maringá, PR: Eduem.

MARTINS, Lígia Márcia. (Org.). (2008). Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista, Pró Reitoria de Graduação.

MARTINS, Sueli. Terezinha. Ferrero. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 201–217, jan. 2003.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. (2001). A ideologia alemã. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1867).

MORAIS, Ana Patrícia Pereira. et al.. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1163–1172, mar. 2021.

PASQUALINI, Juliana Campregher; MARTINS, Lígia Márcia. (2015). Dialética Singular-Particular-Universal: implicações do método materialista dialético para a Psicologia. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, 27, 2, p. 362-371. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/psoc/a/WFbvK78sX75wDNqbcZHqcPj/?format=pdf&lang=pt>

ROMANINI, Moises, GUARESCHI, Pedrinho Arcides e ROSO, Adriane. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. *Saúde em Debate* [online]. 2017, v. 41, n. 113 [Acessado 2 Dezembro 2024], pp. 486-499. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711311>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711311>.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos. et al.. A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 170–183, out. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E315>

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio; TOGNONI, Gianni. (1994). Manual de saúde mental. São Paulo, SP: Hucitec.

SCHÜHLI, Vitor Marcel. (2020). Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental: uma análise a partir de dois

Centros de Atenção Psicossocial. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **trabalho, educação e saúde**, v. 17, n. 1, p. e0017201, 2019.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>

VYGOTSKI, Lev Semiónovich. (1995). Problemas del desarrollo de la psique. Madrid, España: Visor. (Originalmente publicado em 1931). (Obras Escogidas, III).

ZANELLA, Andréa Vieira; REIS, Alice Casanova; TITON, Andréia Piana; URNAU, Lilian Caroline; DASSOLER, Tais Rodrigues. (2007). Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 19, 2, p. 25-33. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/psoc/a/kpkcWvSFBjZpNkFJqzV5kkn/abstract/?lang=pt>

YASUI, Silvio. A produção do cuidado no território: ‘há tanta vida lá fora’. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 4, 2010, Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível:
<http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1>. Acesso em: 05 Nov. 2012.