



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PRISCILA TOMASI TORRES

OS PROCESSOS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE CAPS AD:  
CRONIFICAÇÃO OU INSERÇÃO EM REDES?

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Ribeiro Schneider.

FLORIANÓPOLIS, SC

2020

PRISCILA TOMASI TORRES

OS PROCESSOS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE CAPS AD:  
CRONIFICAÇÃO OU INSERÇÃO EM REDES?

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider.

FLORIANÓPOLIS, SC

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Torres, Priscila Tomasi  
OS PROCESSOS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DE USUÁRIOS  
DE CAPS AD: CRONIFICAÇÃO OU INSERÇÃO EM REDES? / Priscila  
Tomasi Torres ; orientadora, Daniela Ribeiro Schneider,  
2020.  
101 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Institucionalização. 3.  
Desinstitucionalização. 4. RAPS. 5. CAPS ad. I. Schneider,  
Daniela Ribeiro. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.  
Titulo.

PRISCILA TOMASI TORRES  
OS PROCESSOS DE (DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE CAPS AD:  
CRONIFICAÇÃO OU INSERÇÃO EM REDES?

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Fernanda Machado Lopes  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daniela Ribeiro Schneider  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Psicologia.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daniela Ribeiro Schneider  
Orientadora

Florianópolis, 2020.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a minha orientadora Daniela Ribeiro Schneider que sempre esteve disponível para orientações, discussões e reflexões acerca da temática escolhida para trabalharmos, também se mostrou muito compreensível e acolhedora com todas as turbulências que passei neste período do mestrado. Agradeço também a minha família por ter sido minha base e meu suporte em toda a minha vida, minha mãe Rose sempre foi meu exemplo de mulher forte e destemida e meu irmão Leonardo o exemplo de amor e solidariedade. Agradeço meu companheiro Claus que sempre me incentivou e se tornou meu refúgio para as angústias vividas neste período.

Em meu caminho até o mestrado, muitas pessoas se fizeram presentes em minha vida e com toda a certeza estão em meus escritos e em minha visão de homem e mundo, a elas quero agradecer sua participação em minha história: Amabile, Camila e Tchelo, Jaqueline e Phelippe, Lisiany e Heitor, Roberta e Re, Gisele e Elvis, Ronize e Jo, Jana e Lu, João e Fer, Ale e Jéssica, Diego e Victor. Quero agradecer também às grandes amigas que fiz durante o mestrado, pessoas que demonstraram que juntas o caminho poderia ser mais leve: Gabi, Char, Clau, Ju, Adria, Vi e Mi. Gostaria de agradecer também a Daiane que me ajudou em um período muito difícil, sendo generosa e acolhedora.

Agradeço ainda todos os professores e orientadores de minha história acadêmica, pois estes foram minhas referências de profissionais e me impulsionaram a ser melhor: Maria Celina, Eduardo Legal, Carlos Máximo, Marcão, Liege, Dani e Fernanda.

Por fim, agradeço imensamente a disponibilidade dos profissionais que participaram da pesquisa, que adentraram a temática e refletiram comigo. Agradeço a banca inicialmente pela qualificação em minha pesquisa e agora por estar disponível para avaliar este trabalho.

Priscila Tomasi Torres. Os Processos de (Des) Institucionalização de usuários de CAPS ad: cronificação ou inserção em redes?. Florianópolis, 2020. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider.

Data da defesa: 30/10/2020.

## RESUMO

O presente estudo aborda como ocorre o processo de desinstitucionalização na Rede de Atenção Psicossocial na percepção dos profissionais nos dias de hoje. O modelo de institucionalização psiquiátrica teve grande evolução a partir do século XVIII, implicando as concepções sobre a loucura, a proposta do cuidado como internação asilar e mais adiante, a contenção medicamentosa. Somente no século XX que ganharam força as contestações ao fazer da psiquiatria e ao modelo hegemônico de saúde, o modelo biomédico, fortificando-se o movimento da desinstitucionalização em todo o mundo. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se apoiou nas críticas ao modelo hospitalocêntrico do cuidado em saúde mental, evoluiu na década de 1980 e consumou a criação de modelos de serviços extra-hospitalares. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) concretizou a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, organizando-se por serviços de base territorial e comunitária. A presente pesquisa pretendeu, na direção do fortalecimento dos processos de cuidado e da Clínica da Atenção Psicossocial, compreender como ocorre hodiernamente o fenômeno de “desinstitucionalização” de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e como ele é percebido e manejado pelos profissionais tanto da Atenção Básica (AB), quanto das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas (CAPSad) de duas cidades diferentes, que tem a RAPS em formato semelhante. O enfoque da pesquisa foi qualitativo, exploratório e descritivo. Para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e grupos focais com os profissionais de saúde. Para a análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados encontrados tornaram-se categorias de análise, estas organizadas entre: ‘a desinstitucionalização, a partir da percepção dos profissionais’, na qual foram discutidos os níveis diversificados de conhecimento dos profissionais sobre este processo, onde pudemos depreender que ainda é necessário difundir a temática, levar a lógica da desinstitucionalização aos espaços de saúde e qualificar o cuidado. Vimos ainda os aspectos que promovem a episteme do movimento da desinstitucionalização, características singulares e plurais no sentido em que também nos deparamos com práticas já implantadas, como o trabalho no território e o Projeto Terapêutico Singular. No entanto, também destacamos os impasses vividos pelos profissionais para o trabalho de desinstitucionalizar. Podemos apontar a persistência de pensamentos voltados ainda ao processo estigmatizador e exclusório na sociedade, a desresponsabilização familiar, o preconceito com o usuário de drogas, e a falta de espaço na rede de cuidado. Constatamos também que no processo de cronificação e institucionalização existem diversas influências, estas descritas por camadas, desde o próprio usuário até a quota do Estado. E por fim, no intuito de tornar as discussões mais palpáveis, discutimos casos que as equipes vivenciaram neste processo. Outra categoria levantada foi: ‘o encerramento do cuidado no CAPS ad, na qual sinalizamos o entendimento das equipes sobre o fim do cuidado, compreendido como alta terapêutica. Pudemos adentrar aos critérios utilizados para o processo de alta dos usuários, estes amplos e coerentes com a lógica integral e singular de compreender o processo saúde/doença. Ainda descrevemos quais os tipos de alta nos serviços. E por fim, a última categoria de análise: ‘as redes de atenção psicossocial’, na qual discutimos as redes encontradas nas cidades pesquisadas, seus fluxos e suas problemáticas. Pudemos perceber que as dificuldades citadas não se diferenciavam entre as diferentes cidades, a comunicação entre serviços, a falta de conhecimento da rede, o despreparo profissional, e a

descharacterização das instituições pelo desmonte das políticas públicas, pela falta de investimento em saúde e pelo avanço neoliberal no país, são problemas que afetam as duas cidades pesquisadas e trazem angústia aos profissionais.

Palavras-chave: Institucionalização; Desinstitucionalização; RAPS.

## ABSTRACT

The present study addresses how the deinstitutionalization process in the Psychosocial Care Network occurs nowadays in the perception of professionals. The psychiatric institutionalization model has had a great evolution since the 18th century, implying the conceptions about madness, the proposal of care as an asylum and, further on, drug containment. It will only be in the twentieth century that the contests about the making of psychiatry and the hegemonic model of health, the biomedical model, will gain strength, strengthening the deinstitutionalization movement worldwide.. In Brazil, the Brazilian Psychiatric Reform, which supported criticisms of the hospital-centered model of mental health care, evolved in the 1980s and consummated the creation of out-of-hospital service models. The Psychosocial Care Network (RAPS) implemented the National Policy on Mental Health, Alcohol and Other Drugs, organizing itself by territorial and community based services. Therefore, the research intended, in the direction of strengthening the care processes and the Psychosocial Care Clinic, to understand how the phenomenon of “deinstitutionalization” of users occurs and how it is perceived and handled by professionals in both Primary Care (AB) and healthcare teams from the Psychosocial Care Centers - alcohol and other drugs (CAPSad) from two different cities, which have similar format RAPS. The research focus was qualitative, exploratory and descriptive. For data collection, semi-structured interviews and a focus group with health professionals were used. For the analysis of the interviews, content analysis was used. The results found became categories of analysis, these organized between: 'the deinstitutionalization, the perception of the professionals', in this, the levels of knowledge of the professionals about this process were discussed, where we could conclude that it is still necessary to disseminate the theme, take the logic of deinstitutionalization to health spaces and qualify care. We also saw the aspects that promote the episteme of the deinstitutionalization movement, singular and plural characteristics in the sense that we are also faced with already implemented practices, such as work in the territory and the Singular Therapeutic Project. However, we also highlight the impasses experienced by the professionals for the deinstitutionalizing work, we can point out thoughts still focused on the stigmatizing and exclusive process in society, the family's lack of responsibility, prejudice against the drug user, and the lack of space in the care network. We also found that in the process of chronification and institutionalization there are several influences, these described by layers, from the user himself to the State's share. Finally, in order to make the discussions more palpable, we discuss cases that the teams experienced in this process. Another category raised was: 'the closure of care in the CAPS ad, in this we signal the teams' understanding of the end of care, this understood as discharge. We were able to enter into the criteria used for the users' discharge process, which are broad and consistent with the integral and singular logic of understanding the health / disease process. We still describe the types of service increases. And finally, the last category of analysis: 'the psychosocial care networks', we discuss the networks found in the cities surveyed, their flows and their problems. We could see that the difficulties mentioned did not differ between different cities, communication between services, lack of knowledge of the network, professional unpreparedness, and the lack of characterization of institutions due to the dismantling of public policies, the lack of investment in health and the advancement

neoliberal in the country, are problems that affect the two cities surveyed and bring anguish to professionals.

Keywords: Institutionalization; Deinstitutionalization; RAPS;

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características escolares dos participantes da pesquisa

35

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 A institucionalização psiquiátrica	18
3.2 A desinstitucionalização	20
3.3 A cronificação	23
3.4 O trabalho em redes	25
3.5 O CAPSad	28
4. MÉTODO	29
4.1 Caracterização da Pesquisa	29
4.2 Caracterização do Campo de Pesquisa	30
4.3 Participantes	31
4.4 Instrumentos	31
4.5 Procedimentos de coleta de dados	32
4.6 Procedimentos Éticos	33
4.7 Análise dos dados	34
5. Resultados	35
5.1 Descrição dos participantes	35
5.2 Descrição das categorias	37
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO	37
6.1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: a percepção dos profissionais	37
6.1.1 Níveis de conhecimento do conceito	38
6.1.2 Facilitadores e dificultadores do processo de desinstitucionalização	43
6.1.3 A cronificação e a institucionalização	49
6.2 O ENCERRAMENTO DO CUIDADO NO CAPS AD	63
6.2.1 Os Processos	63
6.3 AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	70
6.3.1 Os Fluxos de Referência e Contrarreferência Municipais	70
6.3.2 As Problemáticas da Rede	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
8. REFERÊNCIAS	89
8. APÊNDICES	96
8.1 Apêndice A	96
8.2 Apêndice B	97
8.3 Apêndice C	98

*A desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto, seguramente “se cuida” (Rotelli, Leonardis & Mauri 1990, p. 33).*

## 1. INTRODUÇÃO

A trajetória da saúde mental e da atenção psicossocial no Brasil é longa e tem grandes marcos históricos. Ao longo dos anos ocorreram mudanças epistemológicas e também em relação às práticas no cuidado em saúde. Vieira (1981) relata que só conseguiremos delinear o nascimento da psiquiatria através da história da medicina, e é “no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria” (p. 50). O saber psiquiátrico acaba por estabelecer os parâmetros do que é normal e aceito socialmente e por patologizar o sujeito que tenha o comportamento fora dos padrões estabelecidos, definindo-o como “louco”, na medida em que é anormal e, portanto, considerado “doente” e passível de tratamento e medicalização.

Ao falar sobre o processo de estabelecimento dos hospitais como espaços de produção de saber sobre as doenças, Amarante (2007) declara que a doença foi institucionalizada, ou seja, “produzida, transformada pela própria intervenção médica” (p. 26). O autor esclarece que a institucionalização psiquiátrica tomou forma a partir das ideias de Philippe Pinel, no século XVIII, que estabelecia o modelo de tratamento aos “alienados”. Pinel em um primeiro momento determinava que o isolamento fosse imperativo à intervenção, pois as interferências exteriores poderiam prejudicar as observações, diagnóstico, tratamento e cura.

O modelo psiquiátrico do século XVIII e XIX teve base positivista, contrariando a perspectiva medieval da saúde como algo divino e a doença ou a loucura como pecado (Schneider, 2015). Foi somente no século XX, na década de 1950, que as contestações sobre o fazer da psiquiatria e o modelo hegemônico de saúde – o modelo biomédico – ganharam força. O movimento francês da década de 1950, denominado “Psiquiatria de Setor”, iniciou as reflexões quanto à necessidade de trabalho fora dos hospitais, no sentido de evitar a reinternação dos pacientes. Assim, nasceram os Centros de Saúde Mental que seriam serviços extra hospitalares propostos para manter o acompanhamento em saúde mental (Amarante, 2007; Schneider, 2015).

Amarante (2007) contextualiza o nascimento da desinstitucionalização quando discorre sobre a Psiquiatria Preventiva, conhecida também por Saúde Mental Comunitária, oriunda nos Estados Unidos na década de 1960. Segundo as ideias de Gerald Caplan, desinstitucionalização se referia às medidas de “desospitalização”, ou seja, diminuir a ingressão hospitalar, o tempo de internação e fomentar a alta. No entanto, a concepção de desinstitucionalização no movimento da antipsiquiatria trabalhado por Goffman, menciona que seu sentido se distancia da lógica de desospitalização e torna-se mais complexo, trazendo também discussões quanto à estigmatização e a desqualificação de sujeito (Amarante, 2007).

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) discorrem sobre o movimento italiano, iniciado por Franco Basaglia nos anos de 1960 na Itália, onde a desinstitucionalização rompe toda construção conceitual anterior, afirmando que esse processo não deve trabalhar a partir da noção de “doença” e sim desconstruir todo aparato que constitui a instituição psiquiátrica. Assim, reestruturando a relação dos sujeitos com seu sofrimento e seu processo social, portanto, fez-se necessário iniciar um processo de substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial por uma rede de serviços substitutivos (Brasil, 2005).

No Brasil, instituiu-se então, um importante movimento intitulado de Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado no final da década de 1970, que proporcionou novas formas de entendimento sobre o tratamento em saúde mental. A reforma partiu das críticas ao modelo hospitalocêntrico e evoluiu, na década de 1990, para a criação de serviços extra-hospitalares. O estabelecimento da Lei 10.216/2001 redefiniu oficialmente a proposta de atenção idealizada, enfatizando iniciativas contra a institucionalização e propondo um trabalho com base em um novo olhar sobre o sujeito e o sofrimento (Brasil, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), chamados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, foram serviços fundamentais para a redefinição da Rede de Saúde Mental no Brasil. Nos primeiros anos da década de 2000, a proposta da rede de Saúde Mental era centrada no CAPS como dispositivo regulador da rede, tendo ocorrido uma grande expansão desses serviços no país, principalmente com a elaboração da portaria 336/2002 que estabelece o funcionamento dos CAPS. A partir de 2003, começaram a ocorrer ações da Saúde Mental na Atenção Básica (AB), com a implementação do dispositivo clínico conhecido como apoio matricial, com base na proposição de equipes de referência em Saúde Mental. De acordo com Campos e Domitti (2007) o apoio matricial deve proporcionar uma retaguarda especializada aos profissionais da AB, é uma metodologia de trabalho complementar como o sistema de referência e contrarreferência, a criação de protocolos estruturantes e a troca de conhecimentos e orientação a partir de discussões de caso, neste sentido, oferece apoio assistencial e técnico-pedagógico.

Portanto, pouco a pouco se consolidou a concepção na política de saúde mental que a Atenção Básica deveria ser o centro ordenador do sistema local de saúde. Novos dispositivos passaram a ser criados, tanto que em 2008, foi lançado o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), que veio fortalecer as ações de saúde mental e de promoção de saúde na Atenção Básica. Foi-se produzindo assim, uma descentralização do CAPS, ainda que este serviço continuasse sendo importante, mas não mais o centro do processo (Schneider, 2013).

Desde as iniciativas de reorganização da atenção em saúde mental foram criadas várias estratégias para uma melhor articulação entre os serviços extra-hospitalares. A Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), definida através da Portaria nº 3.088/2011, concretizou a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, organizando-se por serviços de base territorial e comunitária (Portaria nº 3.088/2011). São objetivos gerais da RAPS: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção em saúde; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Portaria nº 3.088/2011).

Outras iniciativas em prol da reintegração social dos usuários na sociedade foi a Lei nº 10.708 de 2003 que instituiu o Programa De Volta Para Casa (PVC), este visa garantir o auxílio-reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (Lei nº 10.708/2003). E a Portaria nº 2.840 de 29 de Dezembro de 2014 que criou o Programa de Desinstitucionalização, este também um componente da RAPS. O programa foi pensado a partir de propostas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, como também usuários com problemas no uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, nos antigos hospitais psiquiátricos, o cuidado a partir de estratégias substitutivas, visando à garantia de direitos, promovendo a autonomia e a cidadania, caminhando em uma progressiva inclusão social (Portaria nº 2.840/2014).

Apesar disso, alguns desafios ainda se impõem para a consolidação das transformações na política de Saúde Mental, como: “os CAPS conseguiram se colocar, de fato, como instrumentos de desinstitucionalização da loucura e da dependência de drogas?”; “E como se estruturaria uma articulação dos dispositivos da saúde mental com a AB que possibilite um referenciamento do cuidado do usuário em seu contexto territorial comunitário?”; “Os demais pontos da RAPS conseguem se articular para o trabalho desinstitucionalizante?” E em especial, as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas acabaram por ocupar um importante lugar neste cenário da Reforma Psiquiátrica, com os altos índices epidemiológicos passaram a ocupar lugar de destaque nas demandas da Atenção Psicossocial, dando aos CAPSad uma importância nos desafios do cuidado e reabilitação psicossocial destes usuários.

Sendo assim, há dois tipos de fenômenos que ocorrem com frequência: um deles é o de usuários de CAPSad não aderirem aos processos de cuidado oferecidos e desistirem com facilidade da permanência no serviço. O outro, que é objeto nessa dissertação, é o dos usuários que aderiram ao serviço e o frequentam com regularidade, mas já o fazem há muitos anos, sem que consigam encerrar o processo de cuidado nesta instituição. Neste caso, as equipes muitas

vezes podem ter dificuldades de analisar as condições de evolução do caso clínico, de discutir os critérios técnicos de encerramento do caso, ou ainda, as necessidades de manutenção de vínculo, além da definição de referência e contrarreferência com a Atenção Básica do território desses usuários.

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) referem-se à lógica de trabalho como um circuito, este se apresenta transformando a estaticidade da psiquiatria manicomial na dinâmica da circulação entre serviços, funcionando a partir da resposta para cada necessidade fragmentada, ou seja, através da existência de um serviço para crise, um serviço para os problemas sociais, um serviço para os problemas psicológicos. Esta se apresenta também, de acordo com os autores, como uma espiral, num mecanismo que alimenta os problemas e os tornam crônicos. Sendo assim, verifica-se que, muitas vezes, volta a ocorrer um processo de cronificação ou de institucionalização do usuário dos CAPS. Será que esta tendência à cronificação representa a volta de uma institucionalização dos usuários, como em tempos manicomiais? A inserção na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da mediação da atenção básica, pode ser uma alternativa para evitar uma nova institucionalização? Quais são as ações necessárias para continuar na lógica proposta por Rotelli da desinstitucionalização?

São as contradições nestas respostas que podem produzir fragilidades neste processo de reforma e abrem brechas para questionamentos e ameaças de retrocesso, que vem ocorrendo muito fortemente no cenário político atual do Brasil. Entre as questões mais recentes está a alteração da política de saúde mental, iniciada no final do ano de 2017, já sob o governo do presidente interino Michel Temer. A alteração reforça o papel dos hospitais psiquiátricos mediante mudanças de financiamento da política de Saúde Mental, inclui as comunidades terapêuticas como serviços de saúde regulamentando e propõe subsídios a essas instituições e também cria um serviço intermediário entre a AB e os CAPS, contrariando a lógica de trabalho da RAPS (Ministério da Saúde, 2017). Esta iniciativa foi considerada “aética, ilegal e inconstitucional” pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Associação Brasileira de Saúde Mental [ABRASME], 2017), o Ministério Público Federal e a Procuradoria Federal dos direitos do cidadão consideraram este ato inconstitucional (Ministério Público Federal & Procuradoria Federal dos direitos do cidadão, 2017). O Conselho Federal de Psicologia considerou a resolução aprovada no dia 14/12/2017 um ataque à lógica da Reforma psiquiátrica, pois, a sua proposta original é de progressiva extinção dos leitos, sendo que a proposta abre espaço para que volte com força a lógica manicomial (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017).

Portanto, esta pesquisa pretende, na direção do fortalecimento dos processos de cuidado e da Clínica da Atenção Psicossocial, compreender como ocorre este fenômeno da “desinstitucionalização” de usuários e como ele é percebido e manejado pelos profissionais

tanto da AB quanto das equipes de dois CAPSad de cidades diferentes de Santa Catarina, cuja Rede de Atenção Psicossocial possui estruturas semelhantes, tendo no horizonte que os objetivos primordiais que sustentaram o processo da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização, à garantia de direitos, a promoção da autonomia e a cidadania.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

- Analisar o processo de desinstitucionalização de usuários de CAPSad na perspectiva dos profissionais de saúde.

### 2.2 Objetivos específicos

- Verificar qual a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de desinstitucionalização nos serviços de saúde pesquisados.
- Delinear o processo de encerramento do cuidado dos usuários e descrever as condições necessárias para o processo de referência e contrarreferência entre CAPSad e Atenção Básica nos CAPSad pesquisados.
- Delinear a rede de atenção psicossocial e o funcionamento do processo de referência e contrarreferência nos municípios pesquisados, em especial nos processos de desinstitucionalização.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A institucionalização psiquiátrica

*“A loucura, cuja voz a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força” (Foucault, 1972 p. 45)*

De acordo com Foucault (1972) uma das criações institucionais do século XVII foi a internação. A internação institucionalizada assumiu uma amplitude diferenciada das prisões, tornou-se uma medida econômica e de precaução social, pois no momento em que a loucura foi percebida no âmbito social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e das dificuldades de integração social, o “louco” começou a ser um problema de Estado.

Foi no movimento do Classicismo que o internamento foi inventado, como também na Idade Média no movimento de segregação dos leprosos. O espaço deixado após o período da lepra foi ocupado por novos segmentários: os internos. As instituições como os grandes hospícios, as casas de internamento, obras de religião e de ordem pública, com intuito de “auxílio e punição, caridade e previdência governamental são um fato da era clássica: tão universal quanto ela e quase contemporâneo de seu nascimento” (Foucault, 1972 p.53). Após o desaparecimento da lepra e do leproso da memória da população, as estruturas e os jogos de exclusão sobrevivem e são logo retomados, desta vez os pobres, os presidiários, os “loucos” iriam assumir o abandono da sociedade e a salvação a partir da exclusão (Foucault, 1972).

Para Marcantonio (2010) a sociedade é estruturada através de modelos de adequação e controle social, a fim de garantir desenvolvimento daquele que se mantém na ordem ou na normalidade, identificando e remodelando os “desordenados”. Através da institucionalização em prol da ordem pelo Estado Moderno, o Ordenamento Jurídico começa a estabelecer normas e condutas para a sociedade no intuito de ajustar a pena à conduta anormal. De acordo com Szasz (1971) existe uma relação entre a função social do movimento da Inquisição com o movimento da Psiquiatria Institucional: uma e outra prestam à sociedade, tendo uma significação moral e socialmente organizativa no sentido de serem benevolentes, gloriosas e éticas. Neste sentido, o autor argumenta que para os críticos, estas instituições supracitadas demonstram-se inflexíveis e opressoras, no entanto, para a massa, “são belas e generosas” e agradam aos seus senhores. “Este é o segredo do triunfo” (Szasz, 1971 p. 88).

Em 1656 em Paris, saiu o decreto da fundação do Hospital Geral, inicialmente parecia tratar-se de apenas uma reforma organizativa, no entanto, a partir deste todos os hospitais foram destinados aos pobres de Paris. Segundo Foucault (1972, p. 49) “tratava-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de boa vontade, ou aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou

judiciária”. A partir do decreto, o Hospital Geral tornou-se soberania absoluta, de jurisdição sem apelações e com direito de execução contra o qual nada prevalece.

A instituição detém um reconhecido poder se posicionando entre a polícia e a justiça, transformando-se na terceira ordem de repressão (Foucault, 1972). As crenças e as práticas universais tornam-se matéria para que os homens construam movimentos e instituições sociais. No século XVII, a partir da loucura ser tratada como um “mal” cria-se a Psiquiatria Institucional (Szasz, 1971).

Szasz (1971) também se manifestou sobre as instituições e o “louco”, o autor relacionou o papel do “louco” ao papel das feiticeiras do séc. XV e mencionou que o papel social atribuído aos comportamentos “anormais” ou que trouxessem alguma perturbação social era o da exclusão. Neste sentido, antes o que o Cristianismo Messiânico ou a Inquisição pregava, torna-se o que a Psiquiatria messiânica prega. Assim, os indivíduos que não obedecem às leis ou tem comportamentos “imorais” de acordo com as normas da sociedade – como, por exemplo, usuários de drogas ilícitas – são acusados de serem doentes mentais (Szasz, 1971).

Os psiquiatras institucionais e a população sustentavam que o “louco” era perigoso para si mesmo e para os outros, categorizando-o como semi-delinquentes, assim justificando o encarceramento involuntário e os maus tratos. O médico como diagnosticador é quem decide o tratamento por meio de medicamentos, cirurgia e outros métodos médicos, ou por meio de eletrochoques, internação e outros métodos psiquiátricos. Neste sentido, o poder dado ao médico faz com que o tratamento através da Psiquiatria Institucional seja compulsório, pois, “o poder de consentir é retirado do paciente e colocado nas mãos de autoridades médicas que passam a julgá-lo” (Szasz, 1971 p. 51).

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) referem à constituição da instituição psiquiátrica caracterizada como o local que oculta tudo o que, como o sofrimento, a miséria ou o distúrbio social são incoerentes e sem solução para outras instituições como a medicina, a justiça e a assistência. Castel (1978) refere que primordialmente deve-se pensar na relação medicina-hospitalização no que cerne a medicalização da loucura, pois é a partir da tecnologia hospitalar que surge uma nova forma de poder institucional. O autor ainda se refere a Philippe Pinel - figura histórica da psiquiatria e da hospitalização - que teve como ato principal o ordenamento do espaço hospitalar. Foi através de exclusão e isolamento que as diversas categorias como: o pobre, o velho, o louco foram misturados no enclausuramento. A herança pineliana na história da psiquiatria foi a lógica do fazer a partir de algumas imposições, estas como: a ordem de isolar, Pinel alegava que havia necessidade de se romper com as influências externas, o que origina o "isolamento terapêutico"; a constituição da ordem asilar, a hierarquia dentro das instituições, as ocupações e as regras internas, aqui nasce “o formato asilar das instituições”; a

implantação da ordem, a autoridade do médico e o papel do doente, aqui nascem as posições institucionais (Castel, 1978).

Goffman (1961) descreve as práticas das instituições totais e revela as formas de dominação do eu. A partir da padronização nas práticas das instituições totais, o sujeito torna-se o “internado”, quer dizer, a partir de uma série de rebaixamentos, degradações e humilhações o eu, a pessoa é mortificada, é o processo de “morte civil” alicerçado nas mudanças morais e de colocação social. O autor menciona também o “idioma” da instituição, este se coloca através de movimentos e posturas nas quais os internados devem seguir, inferiorizando e despersonalizando os sujeitos ali institucionalizados.

Castel (1978) considera que a medicina tem relação com grandes movimentos de organização social, o conservador movimento higienista e o aprofundado estudo da alienação mental. O Brasil, influenciado pela Psiquiatria Europeia, tem no século XIX a maior parte dos hospícios com as mesmas características Pinelianas, instituições situadas em localidades distantes do núcleo urbano, com moldes de exclusão de sujeitos “anormais” ou “desordenados”. O movimento de criação de hospícios foi incentivado pela Sociedade de Cirurgia e Medicina do Rio de Janeiro através de manifestações pela necessidade de criação de asilos para os loucos (Lima & Yasui, 2014; Schneider, 2013).

Lima e Yasui (2014) relatam que os internos tinham dois perfis, o vadio e o estrangeiro. O primeiro trazia características indesejáveis para a sociedade como a periculosidade, a não produtividade, a doença, a pobreza e o crime. Já o segundo, por conta do movimento higienista no início do século XX, acreditava-se que era necessário expulsar ou “limpar” a sociedade da contaminação de estrangeiros. Assim, o processo de institucionalização estabilizou-se em dois pilares para o isolamento: no “lugar de exame”, onde era possível conhecer a objetividade da loucura; “e o local terapêutico”, uma vez que a instituição era organizada para afastar as causas e agravantes da alienação. Desta forma a hospitalização se justificou como a resposta ao tratamento da loucura (Amarante, 2001).

### 3.2 A desinstitucionalização

*O mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social (Rotelli, Leonardis & Mauri 1990, p. 27).*

Foi após a segunda guerra mundial que a sociedade direcionou sua atenção aos manicômios e relacionou estes dispositivos aos campos de concentração, questionando as práticas de crueldade e as condições de cuidado existentes. A desinstitucionalização nasceu de movimentos como: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional; a Psiquiatria de

Setor; a Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária de Caplan; a Antipsiquiatria de Laing e Cooper; e a Psiquiatria Democrática de Basaglia (Amarante, 2007).

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional foram experiências dentro das instituições psiquiátricas, ou instituições nos mesmos moldes que afirmavam que a falha no sistema estava na forma de gerir os espaços. As iniciativas de mudança iniciaram pela qualificação profissional, no entanto, a alta demanda e a pouca oferta de profissionais trouxe um problema. Maxwell Jones, em 1959, obteve sucesso ao organizar um novo modelo de trabalho a partir de grupos de discussão e grupos operativos. Esta ação trouxe um caráter horizontal e democrático, nascendo então a Comunidade Terapêutica [vale ressaltar que esta proposta não tem relação às Comunidades Terapêuticas hoje conhecidas no Brasil pelo tratamento de usuários com usuários de álcool e outras drogas]. A Psicoterapia Institucional ou também conhecida como Coletivo Terapêutico foi desenvolvida por François Tosquelles, está reconhecida pelo trabalho com a escuta polifônica, ou seja, a não redução da escuta a alguma corrente conceitual, o acolhimento, a construção de equipe de referência e o caráter adoecedor das instituições psiquiátricas (Amarante, 2007).

É a partir da Psiquiatria de Setor que se inicia o trabalho territorial e criam-se os Centros de Saúde Mental. Lucien Bonnafé, principal pensador do movimento, trabalha a partir da ideia de organizar as alas psiquiátricas por regiões e inova através do acompanhamento terapêutico residencial por equipes multiprofissionais de saúde. A Psiquiatria Preventiva nomeada também de Saúde Mental Comunitária foi desenvolvida nos Estados Unidos e tem base teórica proposta por Gerald Caplan. Inspirado no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark, Caplan sugere que as doenças mentais poderiam ser detectadas, prevenidas e até erradicadas da sociedade. Esta noção de prevenção pode ser dividida em níveis: primário, secundário e terciário, sendo, o primário referente à intervenção nas condições de formação da doença mental, secundário referente à intervenção através de diagnóstico e tratamento precoce e o terciário referente à readaptação do sujeito à vida social. O trabalho a partir da Psiquiatria Preventiva trouxe o conceito de crise e o de desvio para o âmbito da saúde mental, no entanto, o movimento fundado no referencial de Caplan também possibilitou estratégias de trabalho em saúde mental de base comunitária e de desinstitucionalização, mas aqui ainda se trabalham somente medidas de ‘desospitalização’ (Amarante, 2007).

A Antipsiquiatria é um movimento pensado inicialmente por Ronald Cooper, este se caracterizou por questionar a base da teoria psiquiátrica, afirmando que a patologia não ocorre de uma relação biológica e sim de uma relação social. A partir desta concepção o hospital psiquiátrico reproduziria as relações sociais opressoras e implicaria no adoecimento do interno. No movimento da Antipsiquiatria não se trabalharia a doença mental como objeto natural, mas

como experiência social do sujeito, neste sentido, não haveria proposta de tratamento e sim um acompanhamento terapêutico (Amarante, 2007).

A Psiquiatria Democrática compreende que para a desinstitucionalização se efetivar é necessário que se “desmonte” os aparatos científicos, legislativos e administrativos relativos à chamada doença mental (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990). Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) afirmam que a desinstitucionalização é a prática da transformação, iniciada pelo manicômio, modifica a forma de “tratar” alterando a lógica de solução-cura para transformar o sofrimento a partir de um processo de “invenção de saúde”. O primeiro passo da desinstitucionalização está na tarefa de não enfrentar a etiologia da doença, mas, em adotar uma direção de intervenção prática que revolucione as normas estáticas da psiquiatria institucional. Para Basaglia (1985) a reabilitação do institucionalizado deve iniciar a partir do trabalho singular, de cidadania, despertando o sentimento de sujeito com possibilidades, não mais de assujeitado à instituição. O processo de desinstitucionalização envolve e mobiliza todos os atores envolvidos nas instituições, transformando-as a partir da sua organização e das relações terapêuticas. Neste sentido, os profissionais fortalecem a rede de relações estruturantes do sistema institucional, este foi o diferencial da reforma italiana, tornando o trabalho cotidiano à forma de produzir saúde (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento social e político que tem o objetivo de transformar práticas e saberes no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais em prol dos direitos e do cuidado do paciente psiquiátrico. Vasconcelos (2010) identifica três grandes fases da reforma psiquiátrica brasileira, a primeira refere-se aos anos de 1978 a 1992 pelas primeiras tentativas de cuidado humanizado e denúncias, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1986; a segunda fase entre os anos 1992 a 2001, marcada pela II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 e pelo movimento político voltado a desinstitucionalização de influência do movimento italiano que iniciaram a implantação dos serviços substitutivos; a terceira fase refere-se aos anos 2001 a 2010 com a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 e a aprovação da Lei 10.216 também em 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Amarante (2007) refere que o campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil foi construído a partir das referências italianas de Basaglia, mas também teve influências de outros modelos como o trabalho democrático, a participação social, o acolhimento e a escuta ativa iniciados no movimento da Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional. Além disso, a Psiquiatria de Setor sustentou o trabalho na comunidade e o trabalho em equipe multiprofissional e a Psiquiatria Preventiva trouxe a noção biopsicossocial quebrando com a

dualidade cartesiana mente/corpo. Todo esse conjunto de iniciativas e estratégias culminaram em uma nova configuração nacional instituindo a Lei 10.2016/2001.

### 3.3 A cronificação

*O paciente e sua doença não podem mais ser classificados como crônicos ou agudos, mas somente como passíveis de transformação. (Venturini, 2016, p. 33)*

Georges Canguilhem (2009), em seu livro “O normal e patológico”, define que ‘o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma’ (p. 71). A doença é compreendida como uma norma da vida, mas inferior, entendendo que o sujeito não tolera nenhum desvio da sua condição, ou seja, o indivíduo não consegue adaptar-se à uma nova situação, assim sendo incapaz de se transformar. O ser vivo doente está a norma de condições definidas e perdeu a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes.

De acordo com Venturini (2016) a cronificação está no interior de modelos ‘cibernéticos’, se dá em função da homeostase e está intrinsecamente ligada a sistemas não funcionais crônicos. O autor traz um olhar ecossistêmico e elucida a cronicidade como a falência dos operadores e/ou dos mecanismos evolutivos da família e/ou de instâncias do contexto social dominados por preconceito, pela lógica do lucro com o adoecer e pela expulsão. Neste sentido, o autor refere que para a psiquiatria tradicional, a concepção de cura dos transtornos graves é inexistente, e, portanto, a terapêutica utilizada é sempre a de reabilitação e estabilização do quadro.

Kinoshita (2001), em sua tese de doutorado, refere a ideia de que historicamente e globalmente as características dos manicômios são próximas, identifica-se pelo ‘molho de chaves, pelo uniforme, pela padronização dos comportamentos dos internos’, este fenômeno é identificado como cronicidade e torna-se o encadeador das críticas dos movimentos reformistas. O autor traz três momentos importantes na história da cronicidade, a primeira referente ao início do séc. XIX, onde nas instituições as mudanças Pinelianas voltavam o olhar à enfermidade não apenas a biologia, mas também como a sociedade tratava estes sujeitos acometidos pela doença, tornando vívido o elemento ‘Psi’, no entanto, o tratamento moral realizado desde então, também gerava práticas de violência, a cronicidade era considerada nesta época a falta de cuidados humanitários e de coerção moral.

O segundo momento refere-se ao início do século XX, onde através da visão iluminista o homem é dotado de razão e livre-arbítrio, neste sentido torna-se contundente o tratamento moral e a ‘incorporação das normas sociais por intermédio do terror e do medo’, introduz-se então as intervenções racionalizantes onde o sujeito poderia ‘escolher’ entre a aceitação das

normas sociais ou o terror. Sedação aos violentos, obrigatoriedade de alimentação, recreação e trabalho, contenção e isolamento, estes eram os métodos aplicados para prevenir a cronicidade, estes vistos como os procedimentos mais adequados nos asilos, o local onde se tornava o tratamento fidedigno.

O terceiro momento foi considerado o retorno da cronicidade, pois, identificou-se o crescer do número de pacientes crônicos nas instituições asilares com os métodos de violência vigentes, com isto, retornam os debates sobre qual seria a melhor forma de tratamento. Os psiquiatras mantinham a ideia de que os asilos eram o local da excelência no tratamento médico, já a perspectiva assistencial defendia a ideia do tratamento na comunidade, neste período entendia-se cronicidade como a descrença na possibilidade de um tratamento para paciente, concebe-se também que a falta de condições para um tratamento asilar, entendido como uma falha política-administrativa, também gerava cronicidade.

Após a revolução industrial e a última guerra mundial, houve algumas explicações para o estado de cronicidade, dentre elas, a psiquiatria moderna investiu na ideia dos processos orgânicos novamente, e a nova concepção do paciente crônico é àquele que acometido por doença orgânica crônica sem tratamento causal, entende-se então que a cronicidade nada mais é que a falta de resposta a algum tratamento. Outra explicação que advém de estudos realizados com pacientes derivados da guerra é que a cronicidade poderia ter relação entre a ruptura do contexto e das expectativas do paciente, reforçando a psiquiatria comunitária. A cronicidade também foi associada a negligência e abandono nas instituições hospitalares, e após a década de 1970 surge uma ‘nova categoria’ de pacientes crônicos, paciente jovens com doença mental sem casa (Kinoshita, 2001).

A nova cronicidade discutida por Pande e Amarante (2011) traz a ideia que após o movimento da desinstitucionalização realizado no Brasil, com as mudanças do modo asilar para o tratamento substitutivo na comunidade através dos Centros de Atenção Psicossocial, a cronificação entendida como produto dos manicômios teria outro rumo, no entanto, após a criação de uma rede substitutiva de tratamento percebe-se que foi possível formar novas formas de institucionalização e cronificação. Os autores trazem algumas situações hoje encontradas na suposta rede substitutiva de pouca resolutividade nos serviços, outra ocorrência apontada pelos autores é que o tratamento na comunidade, em alguns casos, não tem a resposta desejada, e em decorrência deste, os argumentos pró manicômio tomam forças novamente. Os autores refletem a luz de três teorias sobre a nova cronicidade, a de Pepper et al na qual caracterizam os ‘pacientes adultos jovens crônicos’, estes identificados pelo mal funcionamento social, uso recorrente e pouco resolutivo dos serviços de saúde, má adesão às propostas de tratamento, comorbidade com uso de substâncias psicoativas e problemas com a lei. A teoria de Desviat *et*

al que discorre sobre a nova cronicidade nos serviços e no paciente, orientando as práticas padronizadas e estereotipadas nos serviços e o perfil de usuários remanescentes institucionais e usuários crônicos ambulatoriais. E por fim, a teoria de Rotelli et al que descreve os novos crônicos como o produto das instituições hiperespecializadas, com um novo circuito psiquiátrico de desospitalização, não responsabilização e abandono.

### 3.4 O trabalho em redes

*É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação (SUS, 2002, p.23).*

A Lei 10.216/2001 tornou efetiva a mobilização da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A lei prevê os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental, assegurando-as sem qualquer forma de discriminação quanto à “raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”. Os direitos garantidos são: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, compatível às suas necessidades; tratamento humanitário e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Lei 10.216/2001).

A Portaria nº 336 de 2002 é outra validação das ações da Reforma Psiquiátrica que estabelece os serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, que vão consolidar as prerrogativas da Lei 10.216. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características: CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III - Serviço de atenção psicossocial

com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPSi II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes; CAPSad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000; e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Portaria 336/2002).

A portaria nº 816/2002 volta-se ao cuidado específico do usuário de álcool e outras drogas instituindo que no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas deve: articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas; organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial; aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros; organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais; promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais (Portaria 816/2002).

Ao longo dos anos várias leis e portarias foram formando o corpo de instituições que reforçam a Reforma Psiquiátrica. No âmbito do uso problemático de álcool e outras drogas são lançadas as Política Nacional sobre Drogas (PNAD) de 2005 e a Política Nacional sobre o Álcool em 2007, estas ligadas ao Ministério da Justiça, e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (2003) (Schneider, 2013).

As iniciativas institucionais anti-psiquiátricas de serviços extra-hospitalares trouxeram uma nova forma de se fazer saúde mental. No entanto, alguns problemas apareceram no decorrer do tempo, muitas vezes os pacientes não sabiam onde procurar atendimento ou tinham seu cuidado fragmentado. Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) advertem que um dos problemas gerados pela especialização dos serviços é a correspondente elevação de seleção de paciente para tais técnicas de intervenção, ou seja, o funcionamento do serviço tem lógica empresarial, neste sentido, o que não for de sua competência “não é problema seu”. Este processo gera três possíveis lógicas: a primeira refere-se à necessidade do usuário do serviço precisar se adequar

às prestações oferecidas; a segunda é que por conta da especialização, muitas demandas apresentadas na psiquiatria não são respondidas e neste sentido as intervenções tornam-se insuficientes; e a terceira, por conta da estratégia da especialização e seleção utilizada, os pacientes acabam sendo despejados, ou jogados de um lado para outro, não tornando-se responsabilidade de alguém.

Neste sentido, foi necessário pensar no trabalho entrelaçado nos diversos níveis de atenção à saúde, a lógica de redes foi sendo desenvolvida desde as portarias, contudo foi necessário sistematizar e alinhar as estratégias de articulação. Mendes (2011) refere que organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) delinea a forma singular de processos descentralizados, os serviços de saúde devem estruturar-se em pontos de atenção à saúde, compondo diferentes equipamentos e tecnologias. A Portaria 3.088/2011 cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Pode-se afirmar que a RAPS tem como finalidade ampliar o acesso da população em geral à rede, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Ela é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica que busca a superação do modelo asilar e garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais. Os serviços que estão presentes na RAPS são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Portaria nº 3.088/2011).

Para organizar o fluxo da RAPS e direcionar as pessoas para os serviços de acordo com sua necessidade a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2012, estabelece um fluxo de comunicação entre os serviços, e a partir de então, a AB torna-se a porta de entrada preferencial do SUS e organiza os encaminhamentos em referência e contrarreferência entre os serviços de atenção (Política Nacional de Atenção Básica [PNAB], 2012). É entendido que todos os profissionais de saúde devem realizar as práticas em saúde mental na AB, partindo da compreensão sobre o território e a relação de vínculo da equipe com os usuários. Tem o objetivo de promover possibilidades de mudar e melhorar as condições de vida, trabalhando com foco na saúde e não apenas à cura de doenças. O trabalho deve partir de um plano de ação que compartilhe entre usuário, família, profissionais e serviços um conjunto de práticas que

priorizem o cuidado integral à pessoa. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser elaborado junto ao usuário, partindo de uma análise sobre as múltiplas dimensões do sujeito. É importante assinalar também que esse é um processo dinâmico, horizontal e de caráter provisório, partindo do entendimento de que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (Brasil, 2013).

O trabalho em rede tem caráter dinâmico e demanda certo esforço para que se tenha um fluxo organizado, a partir das trocas entre profissionais e serviços, o sistema torna-se ativo e produtivo. É necessário manter a comunicação entre as equipes da AB e outras formas de atenção, considerando o PTS e as necessidades de saúde do usuário, trabalhando a partir do referenciamento e do cuidado longitudinal (Brasil, 2013).

### 3.5 O CAPSad

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas foi regulamentado a partir de 2002 através da Portaria 336 é responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas. Trevisan e Castro (2020) referem que o paradigma de cuidado neste serviço deve englobar uma relação entre o usuário, a equipe, a família e a comunidade. Inclui também a mudança dos papéis de cada envolvido, tornando a instituição democratizada e co-responsabiliza a comunidade. Neste sentido, o objeto de intervenção é muito mais complexo e deve ser acessado de forma interdisciplinar, assim as práticas se reconstroem através das demandas apresentadas (Trevisan & Castro, 2020).

De acordo com Faria e Schneider (2009) a lógica de cuidado na área da atenção aos usuários de álcool e outras drogas foi constituída pela reprodução da mesma lógica implementada para as outras psicopatologias, com a hegemonia do modelo psiquiátrico, hospitalocêntrico, terapêutica farmacológica predominante, e tendo como objetivo do tratamento a abstinência. Esse formato resultou na desqualificação social do usuário e sustentou a concepção da dependência como uma “doença crônica, recorrente e incurável” (Faria e Schneider, 2009).

No entanto, através dos movimentos reformistas novas formas de atenção à dependência de substâncias psicoativas (SPA) foram discutidas em âmbitos teórico-metodológico e jurídico-político, surgindo a proposta da Redução de Danos, esta questiona a noção da dependência como doença, somente o objetivo de abstinência no tratamento, propõe uma concepção mais política do fenômeno, e valoriza usuário. Neste sentido, os CAPS ad estão previstos hoje para fazer “uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede” (p.327), devem utilizar a lógica

da redução de danos como base para a práxis, e realizar a investigação sistemática das necessidades de saúde dos usuários (Faria e Schneider, 2009).

Em sua pesquisa no ano de 2009, Faria e Schneider (2009) encontraram predominância no sexo masculino entre os usuários dos CAPS ad, o que diferencia do público dos demais serviços especializados CAPS, o público pesquisado apresentava maior incidência de uso problemático de álcool, mas a comorbidade no uso de drogas também foi um fator relevante. Na mesma pesquisa, foi constatado que a forma mais frequente de inserção ao serviço é por busca espontânea. Na pesquisa de Trevisan e Castro (2020) constatou-se também um número significativo de usuários do sexo masculino, com predominância de prejuízos causados pelo uso de álcool, no entanto, a forma de inserção prevalente foi por encaminhamento da Atenção Básica, demonstrando maior relação entre os serviços e fortalecendo a rede de atenção psicossocial.

## 4. MÉTODO

### 4.1 Caracterização da Pesquisa

Para a realização desta pesquisa, o método foi qualitativo, com delineamento exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, representações, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e opiniões, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, considerando a singularidade dos sujeitos pesquisados e os fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa não se valida por quantidade de sujeitos pesquisados e sim pela qualidade do conteúdo colhido (González Rey, 2004; Günther, 2006).

De acordo com Gil (2008) as pesquisas exploratórias têm o objetivo de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, formulando problemas mais precisos ou hipóteses que abram possibilidades de novos estudos. O autor refere que costumeiramente os procedimentos deste tipo de pesquisa envolve “levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso” (p. 27). Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com a finalidade de proporcionar visão geral acerca de determinado fato. Neste tipo de pesquisa se encontram temas pouco explorados e/ou difíceis de formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Gil (2008) descreve também as características da pesquisa descritiva. As pesquisas deste tipo têm como finalidade descrever características de “determinada população ou fenômeno ou

o estabelecimento de relações entre variáveis” (p. 28). São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. As pesquisas descritivas juntamente com as exploratórias são costumeiramente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

#### 4.2 Caracterização do Campo de Pesquisa

O campo de pesquisa foi composto por dispositivos da Atenção Básica (AB) representada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) de cada um dos dois Municípios de Santa Catarina participantes da pesquisa.

A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção da saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral ao usuário. É desenvolvida por práticas de cuidado e gestão, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de cuidado para o manejo das diversas demandas e necessidades de saúde do território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Brasil, 2013).

O CAPSad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Os CAPS têm funcionamento de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas (Portaria 336 de 2002).

As cidades escolhidas para a pesquisa são do Estado de Santa Catarina. A primeira, cidade A, possui em torno de 200 mil habitantes e dispõe os seguintes serviços em sua Rede de Atenção Psicossocial: Atenção Básica (27 - Unidades Básicas de Saúde-UBS e 2 - Núcleos Ampliado de Saúde da Família - NASF-AB); 1 - CAPS tipo II, 1 - CAPSad tipo II, 1 CAPSi; 1 - Unidade de Pronto Atendimento-UPA e 1 - Pronto Atendimento Municipal-PA.

A segunda, cidade B, tem em torno de 132 mil habitantes e sua Rede de Atenção Psicossocial é composta por os seguintes serviços: Atenção Básica (27 Unidades Básicas de Saúde - UBS e 1 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF-AB); 1 - CAPS tipo II, 1 - CAPS ad tipo II, 1 - CAPSi; e 2 - Pronto Atendimentos.

### 4.3 Participantes

Participaram desta pesquisa 50 profissionais de saúde de todas as categorias que trabalham nas equipes multiprofissionais dos CAPSad e AB de duas cidades de Santa Catarina. Os serviços envolvidos na pesquisa são: 2 - Unidades Básicas de Saúde (UBS com equipe de Estratégia Saúde da Família -ESF); 2 - Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB); 2 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad tipo II) e um representante da coordenação de Saúde Mental Municipal de cada uma das cidades.

Segundo Minayo (2017) a amostragem de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do questionamento central que deve estar articulada à escolha do grupo a ser entrevistado e observado de forma participante. A autora faz um apanhado de referenciais teóricos problematizando a amostragem em pesquisa qualitativa e sintetiza uma quantidade média consensual que seria de, pelo menos, 20 a 30 entrevistas para qualquer tipo de investigação qualitativa, no entanto refere ainda que para alguns autores a amostragem é no mínimo 10 entrevistados.

A amostra foi escolhida por conveniência, intencional e não probabilística. O critério de inclusão na pesquisa foi o profissional trabalhar no serviço e estar disposto a participar do grupo focal. Os critérios de exclusão foram: estar afastado do posto de trabalho e trabalhar somente em funções administrativas.

### 4.4 Instrumentos

Como instrumento para a coleta dos dados foram utilizados: entrevistas individuais semiestruturadas, com roteiro pré-definido, realizadas junto aos coordenadores de Saúde Mental dos municípios. Foi escolhido o modelo de roteiro de entrevista semiestruturada, pois este representa um facilitador da comunicação, que possibilita a ampliação e aprofundamento das informações e visa apreender dados que correspondam aos objetivos da pesquisa. A entrevista semiestruturada contém perguntas abertas e fechadas que permitem ao entrevistado falar sobre o assunto proposto, sem respostas ou condições definidas pelo pesquisador (Minayo, 2004; González-Rey, 1999). O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) abarcou questões a fim de verificar a percepção sobre o enfrentamento contra a institucionalização nos serviços pesquisados; compreender quais eram as condições necessárias para o usuário ser contrarreferenciado para Atenção Básica; delinear os processos de referência e contrarreferência dos usuários nos CAPSad pesquisados; descrever o processo de referência e contrarreferência dos usuários na rede de saúde dos Municípios pesquisados.

Também foi utilizado grupo focal com os demais profissionais de saúde da AB (UBS e NASF-AB) e dos CAPS ad, com um roteiro pré-definido. A técnica do grupo focal foi escolhida por se tratar de um método utilizado para o entendimento de como se formam diferentes percepções e atitudes sobre um fato, prática, produto ou serviços. Pode ser considerada uma espécie de entrevista de grupo, o intuito do grupo consiste em se apoiar na interação dos participantes para colher dados. Uma das maiores riquezas do grupo focal é se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, diferente das entrevistas e questionários individuais (Carlini-Cotrim, 1996). Pode ser caracterizado também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos. Na técnica de grupo focal o moderador do grupo é um facilitador do processo de discussão, e seu foco está nos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema. A unidade de análise do grupo focal é o próprio grupo. Quando uma opinião é esboçada, mesmo não sendo compartilhada por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, ela é referida como do grupo (Gondim, 2003).

O grupo focal foi dividido em duas partes: a primeira envolvendo questões relacionadas ao perfil dos participantes (Apêndice B); e a segunda, iniciando com uma pergunta disparadora e posteriormente as respostas de cada profissional, abordamos uma discussão coletiva quanto às questões relacionadas à temática (Apêndice C). Foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais que compusessem os serviços e que estivessem presentes no dia da realização do Grupo Focal. Foram incluídos todos que aceitaram participar, dentro dos critérios de inclusão, tendo em vista que ainda são poucos profissionais nesses serviços.

As intervenções foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Foi realizado um grupo focal com uma média de 6 (seis) profissionais em cada serviço, dos quais fizeram parte profissionais de nível superior, nível técnico e nível médio que compunham as equipes.

#### 4.5 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente a pesquisadora fez contato com os responsáveis pelos serviços de saúde dos Municípios pesquisados para obter autorização para a realização da pesquisa. Após o feedback positivo, foi impressa uma carta convite para cada profissional de saúde dos respectivos serviços de saúde dos municípios, e entregue no momento de uma reunião de equipe realizando uma breve explicação sobre a pesquisa ao longo da reunião de equipe. A partir da entrega, foi estabelecido um prazo de quinze dias para a pesquisadora retornar ao serviço e iniciar as entrevistas e o grupo focal.

A coleta de dados se deu mediante a assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Foi informado sobre os cuidados com o participante da pesquisa quanto à garantia de esclarecimento quando fosse solicitada, liberdade de retirada do consentimento em qualquer período da pesquisa sem ser prejudicado e confidencialidade dos dados.

O registro dos dados coletados foi feito através da gravação em áudio, não sendo realizadas anotações no momento das aplicações tanto da entrevista quanto do grupo focal, pois poderiam interferir no processo, desviando a atenção dos participantes, culminando na perda de dados durante a transcrição. Foi definido um local com data e hora marcada em dias alternados para que fossem realizadas as entrevistas e os grupos focais, já que não poderia haver interrupções. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora junto ao coordenador de Saúde Mental de cada Município, no entanto, os grupos focais tiveram a participação de um segundo membro para observação não participante.

#### 4.6 Procedimentos Éticos

A pesquisa seguiu as orientações da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas com seres humanos. Uma das exigências da resolução é a obrigatoriedade de que os participantes sejam esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios. A resolução também agrupa referenciais de bioética como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa (Resolução 466/12).

Neste sentido foi elaborada uma carta de apresentação aos gestores da AB e dos CAPSAd dos Municípios pesquisados. Também foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) a cada participante após o convite de participação voluntária.

Esta pesquisa acarretou benefícios, pois abriu possibilidades de escuta aos profissionais, como também discussão quanto à temática abordada. Inquietou os profissionais de saúde frente ao seu papel quanto ao processo de desinstitucionalização do usuário. Quanto aos riscos, tendo em vista que a temática da pesquisa abordou o processo de trabalho do profissional da saúde com o usuário, existiu a possibilidade de os profissionais sentirem-se impotentes frente à temática.

Na intenção de minimizar possíveis desconfortos, garantiu-se local reservado e liberdade para não responder a alguma das questões, preparo do pesquisador para o uso do método de coleta dos dados, bem como para possíveis sinais verbais e não verbais de desconforto. Foi ressaltada também a garantia de não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a

não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. O estudo não precisou ser suspenso, pois não houve risco ou danos à saúde dos sujeitos participantes da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC com o número CAAE 08636919.0.0000.0121.

#### 4.7 Análise dos dados

Para a análise das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Caregnato e Mutti (2006) orientam quanto ao surgimento da Análise de Conteúdo (AC) no início do século XX nos EUA, com a finalidade de analisar materiais jornalísticos, entre os anos de 1940 e 1950. A definição de AC em 1943 era “a semântica estatística do discurso político”.

A AC pode ser de base quantitativa e qualitativa, a diferença entre essas duas abordagens é que, na primeira, a abordagem traça a frequência de características que se repetem no conteúdo do texto. Já na segunda abordagem “considera-se a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem” (Caregnato & Mutti, 2006 p. 682).

Na AC o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. É pertinente destacar aqui que há diferença teórica entre conteúdo e sentido, e que a AC geralmente é realizada pelo método de dedução frequencial ou pela análise de categorias temáticas. Na dedução frequencial enumera-se a ocorrência de uma mesma palavra que se apresenta repetidamente, visando constatar “a pura existência de tal ou tal material linguístico”, não se preocupando com o contexto, nem à diferença de sentido entre um texto e outro, resultando em descrições numéricas e tratamento estatístico. Já a análise por categorias temáticas dedica-se a encontrar discursos análogos e contraditórios para discussão teórica (Caregnato & Mutti, 2006).

A análise categorial poderá ser temática, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Caregnato e Mutti (2006) organizaram a forma de classificação dos elementos em categorias, inicialmente é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. A técnica de AC se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa se expressa pela organização do conteúdo através de leituras, levantamento de hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação. Na segunda etapa os dados são

codificados a partir das unidades de registro. E na terceira etapa faz-se a categorização e a interpretação dos dados.

Minayo (2004) contribui expondo que a análise de conteúdo se pauta na interpretação cifrada de informações obtidas qualitativamente, relacionando estruturas semânticas e sociológicas dos dados. São consideradas nesta análise variáveis psicossociais, de contexto cultural, social e histórico.

## 5. Resultados

### 5.1 Descrição dos participantes

Os participantes desta pesquisa somam um total de 50 pessoas, sendo representantes de serviços da rede de saúde de dois Municípios de Santa Catarina. No Município A são 30 profissionais de saúde e no Município B um total de 20 profissionais, todos lotados nos seguintes serviços: Unidade Básica de Saúde (UBS), 5 no município A e 8 no Município B; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 12 no Município A e 5 no Município B; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), 13 pesquisados no Município A e 6 no Município B; e por fim um Coordenador de Saúde Mental Municipal do Município A e um do Município B. Foram realizados um total de seis grupos focais e duas entrevistas.

Os participantes da pesquisa foram predominantemente do sexo feminino, um total de 87% no Município A e 90% no Município B, a média de tempo de serviço em saúde foi 8,82 anos no Município A e no Município B 12,48 anos, já a média de idade variou entre 36,67 anos no Município A e 36,30 anos no Município B. A seguir será apresentada a tabela 1 referente à escolaridade dos pesquisados.

Tabela 1. Características escolares dos participantes da pesquisa.

CIDADE	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	ESPECIALIZAÇÃO	MESTRADO	DOUTORADO
<b>Cidade A</b>	Agente Comunitária de Saúde	Ensino Médio Completo	Não	Não	Não
	Agente Comunitária de Saúde	Ensino Médio Completo	Não	Não	Não
	Agente Comunitária de Saúde	Ensino Médio Completo	Não	Não	Não
	Agente Comunitária de Saúde	Ensino Médio Completo	Não	Não	Não
	Assistente Social	Especialização	Direitos Humanos e Cidadania	Não	Não

	Enfermeira (o)	Especialização	Auditoria nos Serviços de Saúde	Não	Não
	Enfermeira (o)	Especialização	Saúde Coletiva e Saúde Mental	Não	Não
	Enfermeira (o)	Mestrado	Sim	Sim	Não
	Farmacêutica (o)	Especialização	Apoio Matricial na Atenção Básica	Não	Não
	Farmacêutica (o)	Especialização	Saúde da Família	Não	Não
	Fisioterapeuta	Especialização	Reabilitação Físico-Motora	Não	Não
	Fonoaudióloga (o)	Mestrado	Não	Saúde e Gestão do Trabalho	Não
	Fonoaudióloga (o)	Especialização	Saúde da Família	Não	Não
	Nutricionista	Especialização	Saúde da Família	Não	Não
	Nutricionista	Especialização	Saúde da Família	Não	Não
	Psicóloga (o)	Especialização	Avaliação Psicológica	Não	Não
	Psicóloga (o)	Mestrado	Terapia Comunitária Integrativa e Preceptoria do SUS	Saúde e Gestão do Trabalho	Não
	Psicóloga (o)	Especialização	Neuropsicopedagogia	Não	Não
	Psicóloga (o)	Mestrado	Não	Saúde e Gestão de Políticas Públicas	Não
	Psicóloga (o)	Especialização	Gestão de Pessoas	Não	Não
	Psicóloga (o)	Mestrado	Não	Saúde Mental e Atenção Psicossocial	Não
	Psicóloga (o)	Graduação	Não	Não	Não
	Recepcionista	Ensino Médio Completo	Não	Não	Não
	Recepcionista	Ensino Médio Completo	Não	Não	Não
	Técnica (o) de Enfermagem	Graduação incompleta	Não	Não	Não
	Técnica (o) de Enfermagem	Técnico	Não	Não	Não
	Técnica (o) de Enfermagem	Técnico	Não	Não	Não
	Terapeuta Ocupacional	Especialização	Saúde Mental e dependência Química	Não	Não
	Terapeuta Ocupacional	Especialização	Saúde Mental	Não	Não
	Terapeuta Ocupacional	Mestrado	Neurologia e Saúde Mental	Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial	Não
<b>Cidade B</b>	Agente Comunitária de Saúde	2º grau completo	Não	Não	Não
	Assistente Social	Especialização	Saúde da Família	Não	Não
	Assistente Social	Especialização	Mediação Social: Educação, Saúde e Assistência Social	Não	Não
	Auxiliar de Saúde Bucal	Técnico	Não	Não	Não
	Cirurgiã (o) Dentista	Especialização	Endodontia	Não	Não
	Enfermeira (o)	Especialização	Saúde Mental Coletiva e Gerenciamento de Unidade de Saúde	Não	Não
	Enfermeira (o)	Especialização	Gestão na Atenção Básica	Não	Não

Farmacêutica (o)	Especialização	Estética	Não	Não
Médica (o)	Especialização	Pediatria	Não	Não
Médica (o)	Especialização	Medicina de Família e Comunidade	Não	Não
Nutricionista (o)	Graduação	Não	Não	Não
Psicóloga (o)	Especialização	Gestão de Políticas Públicas para Infância e Juventude	Não	Não
Psicóloga (o)	Especialização	Saúde Mental	Não	Não
Psicóloga (o)	Graduação	Não	Não	Não
Psicóloga (o)	Graduação	Não	Não	Não
Recepcionista	Especialização	Fisiologia	Não	Não
Recepcionista	Graduação Incompleta	Não	Não	Não
Técnica (o) de Enfermagem	Especialização	Saúde Mental (Nível médio)	Não	Não
Técnica (o) de Enfermagem	Graduação Incompleta	Não	Não	Não
Terapeuta Ocupacional	Especialização	Deficiência Mental e Física	Não	Não

## 5.2 Descrição das categorias

Os resultados encontrados nesta pesquisa foram separados em categorias chave para responder os objetivos específicos e geral. Neste sentido, o conteúdo advindo dos grupos focais e entrevistas formaram as seguintes categorias: desinstitucionalização: a percepção dos profissionais; o encerramento do cuidado no CAPS ad; as redes de atenção psicossocial.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

### 6.1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: a percepção dos profissionais

Essa categoria trabalhará a percepção e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os processos de institucionalização, desinstitucionalização e cronificação. Dentro destas temáticas apareceram questões importantes que estão destacadas nos subtítulos.

Categoria	Sub-categoria	Elementos de análise
6.1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: a percepção dos profissionais	6.1.1 Níveis de conhecimento do conceito	6.1.1.1 Desconhecer 6.1.1.2 Conhecer 6.1.1.3 Entender 6.1.1.4 Pertencer
	6.1.2 Facilitadores e dificultadores do processo de desinstitucionalização	6.1.2.1 Facilitadores

	6.1.3 Cronificação e a Institucionalização	6.1.2.2 Dificultadores 6.1.3.1 O usuário 6.1.3.2 O profissional 6.1.3.3 A instituição 6.1.3.4 A rede 6.1.3.5 O Estado
	6.1.4 Casos Clínicos	6.1.4.1 Sucesso 6.1.4.2 Dificuldade de manejo

### 6.1.1 Níveis de conhecimento do conceito

Está subcategoria se dá pelas diversas respostas em torno do tema da desinstitucionalização. Iniciaremos esta discussão pelo desconhecimento (6.1.1.1), que ainda hoje, dezenove anos após a promulgação da Lei Nº 10.216/2001, encontramos profissionais de saúde que não conhecem o termo “desinstitucionalização”, que nunca adentraram na temática voltada ao processo de Atenção Psicossocial, no Movimento da Luta Antimanicomial, da Antipsiquiatria ou ainda do tratamento a transtornos psiquiátricos. Ao introduzir o assunto durante a realização dos grupos focais com os profissionais de saúde, era perceptível o incômodo com os questionamentos voltados à ciência sobre a temática abordada, em sua maioria demonstrada pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde, o seguinte trecho expressa a situação levantada na cidade A:

*“E vocês conhecem a palavra ou a ideia sobre a desinstitucionalização? P: silêncio. O que vem na cabeça de vocês quando escutam isso? P: Destituir alguma coisa? Sim, que coisa? P: Uma instituição sei lá” (SIC).*

Este fragmento denota o quanto a Atenção Psicossocial não adentrou todos os espaços de saúde, mesmo sendo previsto por leis, portarias, cadernos de orientação à Atenção Básica (AB), a temática ainda está no segundo, talvez terceiro plano do conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde previstos nas normas técnicas de atuação da AB.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) prevê como dever dos profissionais de saúde,

*“garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde” (p. 44).*

Neste sentido, o Caderno de Atenção Básica nº34, que orienta as práticas voltadas à saúde mental na AB, elucida a responsabilidade sobre a ordenação do cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a prática do acolhimento e escuta à todas as necessidades de saúde dos usuários (Brasil, 2013).

Também houve falas de outros entrevistados corroborando com a afirmação citada acima, como por exemplo, a colocação de um profissional do NASF-AB da cidade B: *“próprios profissionais que estão atuando nessa problemática, muitos deles não entendem direito”* (SIC). A situação levantada nesta unidade de análise nos traz algumas indagações, será que este desconhecimento se dá pela formação em saúde, pouco se discute nos cursos sobre sofrimento psíquico? Ou para além deste, a dicotomia mente/corpo ainda está tão enraizada que o ‘lado humano’ é esquecido durante o processo de ensino/aprendizagem das profissões na área da saúde? Lyra (2007) evidencia que os cursos de medicina voltam a formação para uma prática especializada, dicotômica, que traz prejuízos ao profissional formado que se defronta a realidade diferenciada da saúde pública, na qual as demandas se apresentam atravessadas entre si, onde as necessidades de saúde estão integrais nos sujeitos.

Para além do desconhecimento, foi possível constatar o conhecimento (6.1.1.2) do termo por alguns profissionais, mas ainda superficial, com respostas voltadas a correlações de palavras ou a temática, como estas respostas aqui exemplificadas:

*“eu lembro da reforma psiquiátrica, que foi retirar os manicômios e trazer esse cuidado pra casa”* (SIC) - NASF-AB cidade A;

*“eu correlaciono com a questão de o usuário frequentar um serviço, ser tratado nele, e ganhar uma funcionalidade e desvincular, eu penso que o ideal seria isso, o que em alguns casos, e não é o que acontece hoje, mas acredito que seria o objetivo da terapêutica”* (SIC) NASF-AB cidade A.

Foi possível observar um grande esforço dos profissionais para adentrar a discussão, conotando a resistência à temática da desinstitucionalização, não é possível afirmar que seriam contrários ao movimento ou ainda as práticas desinstitucionalizantes, mas pelo pequeno envolvimento dos profissionais à temática, a proposta gerou certa estranheza. Aqui posso exemplificar nas seguintes colocações:

*“Colônia Santana né? Aquilo era a institucionalização, era o paciente de saúde mental na instituição, institucionalizado né, e aí tinha muito abandono né, não tinha só saúde mental, tinha pacientes, assim é... psicóticos por exemplo né, e que daí eles eram meio abandonados, jogados lá né, era bem complicado, mas eu acho que foi um movimento que foi muito radical né, ele acabou com tudo, eu não sei se tem que ser tão assim, tá? Eu ainda penso que a gente*

*precisava, às vezes, de um apoio de uma clínica, uma clínica com outro perfil que tivesse né, uma estrutura diferenciada que não ficasse aceitando psicóticos abandonados né, eu acho que tinha que ter um outro perfil, mas deveria ter alguma coisa assim para dar um apoio para a gente, claro o que que a gente tem? O IPQ, mas é te tira do surto tchau né, é isso né? (SIC) - Unidade Básica de Saúde (UBS) cidade A.*

Já outro profissional do NASF-AB da cidade B fez outra afirmativa que corrobora com a visão anterior:

*“Eu entendo que é não deixar o paciente no hospital psiquiátrico, é o que eu acho, pode ser que eu esteja errada, mas é trazer ele pra outros tipos de tratamento que possa incluir ele na comunidade. Mas eu tenho bastante dúvidas sobre isso, vou ser bem sincera, até mesmo porque eu sou nutricionista, não sei muito bem sobre isso, mas eu tenho a dúvida de até que ponto é bom isso, tipo assim, tudo bem que o tratamento que o paciente tinha nos hospitais psiquiátricos não eram adequados e trazer ele para comunidade seja bom, mas ele vive na comunidade, ele tem o respaldo? Porque ele não vai ficar internado, ele vai ficar na comunidade e com a família? Essa família vai aceitar ele? Porque a gente vê muitos casos, que pacientes com transtornos são deixados de lado, se puder até deixar sem ninguém ver, então eu tenho essa dúvida, de até que ponto é bom e não é, não tenho essa coisa definida ainda, estou formando minha opinião ainda, não sei direito” (SIC).*

Os trechos das colocações dos profissionais demonstraram o distanciamento e os questionamentos envoltos na temática da Atenção Psicossocial que ainda não lhe são claras, não foram aprofundadas, estudadas ou matriciadas. E isto ocorre frequentemente nos diversos serviços da rede de saúde, não apenas nos serviços primários como a Atenção Básica, mas também nos serviços especializados, como os próprios Centros de Atenção Psicossocial. As dúvidas acima expressas pelos participantes refletem o predomínio da racionalidade do velho modelo muitas vezes ainda hegemônico entre os profissionais da saúde.

Adentrando mais a temática, surgiram respostas que demonstraram o entendimento (6.1.1.3) por parte de alguns profissionais sobre a proposta da desinstitucionalização, o entendimento quanto às mudanças no fazer da clínica da Atenção Psicossocial, e ainda assim coerente com a ideia de nos questionarmos sobre as práticas em saúde e sua contextualização. A discussão girou em torno das controvérsias do processo de desinstitucionalização no Brasil, através de indagações sobre o preparo dos profissionais para trabalhar as questões de saúde mental relacionadas ao território, do preparo da sociedade para ‘ver’ os usuários em tratamento na comunidade, do preparo de uma rede realmente efetiva para a substituição de serviços institucionalizantes. Esta discussão pode ser exemplificada pela fala da equipe NASF-AB da cidade B aqui expostas:

*“Aí o que aconteceu? Ótimo, maravilhoso, a sociedade estava preparada para aquilo? Foi feito um movimento tanto das instituições, porque não adianta jogar somente nas costas do Estado, mas as instituições responsáveis pela saúde dos indivíduos, elas estavam preparadas pra isso, foi feito um movimento pra receber essas pessoas na sociedade ou não, elas ainda tinham dentro delas aqueles pacientes guardadinhos e escondidos da sociedade, omitidos às vezes, pelas próprias famílias, então é esse meu questionamento disso, dessa lei também. Eu acho ela perfeita, eu sou a favor da desinstitucionalização, porém, eu acho que a sociedade não estava preparada para isso, a sociedade médica, quando eu falo médico, eu não falo somente da figura do médico, mas profissionais que cuidam da saúde desse indivíduo” (SIC).*

A colocação do profissional nos sinaliza sobre o acesso ou a falta de acesso às discussões teóricas e práticas sobre as novas concepções de fazer saúde, do processo saúde e doença, sobre a construção epistemológica da Atenção Psicossocial, apontando o quanto ainda é deficitária a discussão teórica no local da prática, na ‘ponta’.

Também é possível destacar o entendimento de alguns profissionais sobre o processo de desinstitucionalização estar relacionado ao ‘não estar’ em uma instituição ou ainda levantam o conceito de ‘dependência’ da instituição, exemplificamos nestas falas:

*“desinstitucionalizar é criar recursos para ele dar conta de fazer as coisas, sem precisar da instituição, não necessariamente do CAPS ad, quando se tem a dependência da unidade básica, também está institucionalizado ou em algum grupo terapêutico, também está institucionalizado, porque ele não tem a independência de fazer as coisas por conta própria” (SIC) - NASF-AB município A.*

Já a posição da coordenação da saúde mental da cidade B:

*“porque eu acho que em algum momento esses serviços estão aí exatamente para fazer esse atendimento, mas uma vez isso resolvido a pessoa toca sua vida né, então a institucionalização eu entendo que é ela depender de uma instituição para vida dela assim” (SIC).*

Ela ainda acrescenta:

*“eu acho que nós temos muita institucionalização mesmo sem estar dentro do manicômio né, eu acho que o CAPS pode institucionalizar, o CREAS pode institucionalizar, o CRAS, uma unidade de saúde pode institucionalizar, no momento em que ele depende daquele serviço para tocar vida” (SIC).*

Estas colocações refletem a força do movimento de Caplan, o qual se evidencia pela característica da promoção da desospitalização, ou ainda, o não estar em uma instituição. Esse

fenômeno vem ao encontro com os ideais do movimento desinstitucionalizador, no momento em que os profissionais conceituam a ‘adição’ aos serviços. No entanto, é possível também refletir sobre a linha teórica da Antipsiquiatria, movimento participante do processo de desinstitucionalização, no qual ficou erroneamente conhecido como anti-institucional pelos questionamentos à estrutura social e familiar de opressão e segregação gerados aos usuários (Amarante, 2007). E neste sentido, a ideia geral do trabalho com a desinstitucionalização não é apenas o sujeito estar em um serviço, isso na verdade é necessário, o que deve ser refletido é o contexto geral, a construção da relação serviço/usuário, o prognóstico positivo e autônomo, e o trabalho desestigmatizador na sociedade. Martinhago e Oliveira (2015) referem em sua pesquisa sobre a desinstitucionalização que existem divergências sobre o entendimento do processo, como a associação com a desospitalização, e neste sentido, assinalam sobre o risco da descontinuidade do tratamento, pois, entende-se livre da internação, mas muitas vezes desassistido pela rede, tornando a um processo de “porta-giratória” (p.1280).

No entanto, houveram discursos que demonstraram o pertencimento ao movimento desinstitucionalizante, o pertencer (6.1.1.4) ao processo de desinstitucionalizar os usuários, de sentir-se responsável e integrante pelo fazer da clínica da Atenção Psicossocial, e para além de entender, é fazer parte do movimento que questiona o modelo biomédico, a desestruturação de uma rede efetivamente substitutiva. Nas seguintes falas é possível observar este grupo de profissionais:

*“É o grande objetivo né, desde a luta antimanicomial e do processo em saúde que a gente vem trabalhando nos últimos 60 ou 80 anos né, que a gente cada vez mais colocar o usuário como protagonista, da sua vida né, tomando suas responsabilidades, e ter as instituições como o CAPS né, como a atenção primária, a unidade básica de saúde, a unidade especializada como um apoio, né? As instituições vêm para apoiar, e que essa pessoa tenha a sua liberdade de escolha, de aderir ou não ao tratamento nessas instituições né, em qualquer outra instituição, onde ele se sentir à vontade, muitas vezes também a gente tem que ter o olhar para não institucionalizá-los nas nossas instituições assim, esse não é o objetivo atual da saúde mental” (SIC) - UBS cidade B.*

Um dos profissionais do NASF-AB da cidade B também demonstrou domínio dos conceitos:

*“Desinstitucionalização vem da reforma psiquiátrica, essa reforma que a gente luta por ela, mas ela ainda não se efetivou, então é retirar da instituição que antes, o único modo de tratamento era o hospital e trazer essa pessoa que antes estava ali exilada, em sofrimento, tendo seus direitos violados, para essa comunidade, para o tratamento em comunidade, desinstitucionalizar é trazer para a comunidade, cuidar dele em comunidade, entendendo que*

*a gente se humaniza na relação com o outro, então se eu quero que ele possa nutrir aquilo que o torna humano, é só vivendo em comunidade, tendo esse tratamento humanizado” (SIC).*

Estas colocações dos profissionais revelam suas orientações quanto as suas práticas e também vem ao encontro com suas experiências, pois a maioria dos sujeitos entrevistados que se colocaram foram profissionais que estavam atuando em saúde há mais de um ano em equipes interdisciplinares. Aqui, também, é possível observar que são pontos da Atenção Básica e pertencem à mesma cidade, movendo o discurso para a prática em rede. As falas convergem também com as ideias postas em Ímola na Itália, outra cidade que passou pelo processo Basagliano, onde a ideia geral utilizada na desinstitucionalização foi a de reconquistar a capacidade de poder das pessoas, desconstruir o saber da psiquiatria e fortalecer o usuário, de uma forma efetiva e não apenas ‘politicamente correta’ (Venturini, 2016).

Posterior à discussão supracitada, ao adentrarmos no assunto da prática no processo de desinstitucionalização, os profissionais levantaram as iniciativas que facilitam e/ou dificultam o trabalho desinstitucionalizante, entraremos nesta seara no próximo subtítulo.

#### 6.1.2 Facilitadores e dificultadores do processo de desinstitucionalização

Durante o processo de coleta de dados, ao aprofundarmo-nos nas práticas desinstitucionalizantes, os profissionais de saúde trouxeram quais características lhe auxiliam no dia-a-dia, seus facilitadores (6.1.2.1) para trabalhar a desinstitucionalização, visto que a maioria elencou iniciativas singulares, perseverança e sensibilidade de alguns profissionais nos casos de saúde mental, trabalho em equipe, trabalho no território, utilização de instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e ter uma rede de serviços em saúde, ideal ou não, mas tê-la.

Podemos observar nas falas dos NASFs sobre estas situações:

*“Acredito que existam fatores que ajudam, acho que a resistência das equipes, penso de pessoas, de profissionais que se mantêm nessa defesa, tanto do SUS, quanto de outras políticas públicas, sempre pensando em jamais regredir” (SIC) - NASF-AB cidade B.*

*“que a força das pessoas que estão dentro dessas equipes é algo que nos auxilia muito, temos dentro do nosso território, dentro de unidades que não são ESF, mas pessoas que trabalham com a perspectiva da ESF” (SIC) - NASF-AB cidade B.*

Nesta direção temos outro argumento:

*“temos profissionais muito empenhados, que não conseguem também em alguns momentos desempenhar a lógica de CAPS, mas que se esforçam e que sabem para onde estão*

*indo e acho que a gente tem os fatores próprios do município da rede, nós temos uma rede, apesar da ausência de serviços, temos uma rede, minimamente estruturada” (SIC) - NASF-AB cidade B.*

Outro profissional menciona o Projeto Terapêutico Singular:

*“nós do NASF estamos tentando realizar com as equipes o instrumental de PTS, vai trazer muito para o debate, vai fazer a gente olhar para essas situações de uma forma muito mais objetiva e concreta de que maneira intervir, os profissionais alguns se mostram sim, muito sensíveis a esse público, então eu acho que é um fator de potencial, nós temos uma gerência em saúde mental” (SIC) - NASF-AB cidade B.*

As falas apresentadas demonstram o quanto é importante a singularidade do profissional, o esforço individual frente às problemáticas, esse é um diferencial dentro do trabalho efetivo no processo de desinstitucionalização. Dal Poz, Lima e Perazzi (2012) referem que “ao contrário de outros setores da saúde, que necessitam para seu funcionamento de tecnologias, aparelhos e exames sofisticados, na saúde mental a tecnologia é essencialmente humana. Ou seja, é uma área recursos humanos-dependente” (p. 632).

Outros processos também são citados:

*“como equipe NASF, vejo como uma facilidade que a gente tem na atenção básica, que outros serviços de média complexidade não tem, é conseguir trabalhar com a família e a rede de apoio ao paciente, porque trabalhando com o usuário isoladamente, é muito mais difícil conseguir os resultados que se espera, o que o paciente espera, o que a gente busca ajudar ele a conseguir e poder trabalhar de forma intersetorial é uma ferramenta que é um diferencial gigante” (SIC) - NASF-AB cidade A.*

Santos e Rigotto (2011) referem que a expansão da atuação dos profissionais da AB sobre o território amplia os limites das práticas convencionais de saúde, constrói laços entre os profissionais e a comunidade, adapta ações de saúde a singularidade de cada usuário dentro de do contexto sócio-histórico e produz a promoção de saúde.

Também se mostrou importante levantar essa pauta nos grupos focais, porque fez com que os profissionais pudessem olhar a comunidade de outras formas, vê-la viva para o processo de cuidado, estudá-la para ser parte dos projetos criados junto ao usuário, a fala a seguir demonstra a reflexão gerada:

*“então, a gente acha que teriam esses potenciais, que a gente só precisa ter esse estalo para utilizar, talvez a pessoa tem a problemática e não precisa sair do território dela, não tem um grupo de saúde ou específico para etilistas, ou para pessoas que utilizam outras drogas, mas ter um grupo fortalecido, importante e que está há muito tempo na comunidade e que está*

*disposto a acolher aquela pessoa, que ela está disposta a se integrar, é um grupo de apoio, não precisa ser especificamente da saúde, acho que a gente precisa ampliar nosso olhar, olhar mais para esses espaços e não ficar somente nós da saúde, na assistência, na educação” (SIC) - NASF-AB cidade B.*

Compreender que os espaços de saúde, principalmente que a Atenção Básica está ali para se responsabilizar pelo cuidado dos sujeitos de seu território, criar espaços de afetividade e segurança, seja ele para uma senhora com diabetes descompensada, um adulto que está em um processo ansioso pela falta de emprego ou uma família que está passando por um momento difícil por conta do alcoolismo de um membro. Este espaço não deve ‘solucionar’ o problema de todos, mas deve sim acolher, permanecer, orientar, estar aberto aos usuários, seja num formato de grupo operativo, grupo terapêutico, acolhimento individual, visita domiciliar, dentro das diversas possibilidades de atuação. Mas, que o sujeito se sinta cuidado, podendo ser na Atenção Básica, ou no bairro, no Centro Comunitário, nas Reuniões de AAs, NAs, entre outras atividades no território, é responsabilidade da AB fomentar a criação destes espaços no território, isto é fazer rede.

Aqui adentramos os dificultadores (6.1.2.2) que os profissionais entrevistados levantaram, como a compreensão da população quanto aos processos de cuidado no território e o foco nas internações, sejam elas em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas, principalmente vindo das famílias dos usuários:

*“uma dificuldade é de a família também participar do tratamento com o usuário né, do grupo de família também, para aprender a lidar e saber como é o comportamento do usuário de substância, eles têm muita resistência, os familiares de participar do grupo de família, é muito fácil dizer que, culpar o filho, o marido, e trazer e obrigar a fazer o tratamento, mas às vezes a família também tem que se inserir nesse contexto, nesse tratamento, e aí a família não soma junto com o usuário, aí fica difícil também” (SIC) - CAPS ad cidade A.*

Constantinidis (2017) refere que a internação psiquiátrica de longa permanência diminuía a implicação e a responsabilidade dos familiares e profissionais dos serviços extra-hospitalares. Neste sentido, através do processo da desinstitucionalização, se entende que a relação entre os profissionais de saúde e os familiares aumente, principalmente com a divisão cotidiana do cuidado da pessoa com transtorno mental. Outras falas também trazem a ideia de certa desresponsabilização da família dos usuários:

*“muitas vezes a maioria quer internação né? Então, a gente realmente não encaminha para internação ou comunidade terapêutica, claro, encaminha-se, mas casos específicos, que são discutidos em equipe, com o usuário, é feito um trabalho né? Então tem família realmente*

*que nem faz o acolhimento e vai em busca dessa comunidade, tem alguns que se sentem sensibilizados com a nossa fala e acabam optando por ficar né? Então, existe aquele que fica revoltado, vai embora e volta no outro dia querendo, então existem n situações né?” (SIC) - CAPS ad cidade A;*

*“e até com a família né? Que muitas vezes quer a internação, porque a pessoa não vai dar conta de conseguir no tratamento ambulatorial, e a família acaba não se envolvendo...” (SIC) - CAPS ad cidade B.*

Venturini (2016) refere que o manicômio não representa apenas a ‘loucura’ da psiquiatria tradicional, mas reproduz a ‘necessidade’ perversa de uma organização social em duas faces, a suave e tecnicada do ambulatório de higiene mental, e a fedida e violenta da seção manicomial. Esse formato permite concordar com a possibilidade de mudança utilizando o cômodo atalho da internação, sem responsabilizar-se pelo processo de cuidado. Outro dificultador foi o preconceito com o usuário de álcool e/ou outras drogas, esta discussão se repetirá por ser uma das maiores dificuldades levantadas pelos entrevistados, tanto o preconceito da sociedade, como o preconceito dentro dos serviços de saúde, as seguintes falas da coordenação saúde mental cidade B explicitam a problemática:

*“as pessoas que estão mais vulneráveis, mais fragilizadas e elas não tem muito espaço na sociedade” (SIC); “trabalhar com essa temática né, com esse público, com essa é um desafio diário assim né” (SIC); “o preconceito da sociedade” (SIC).*

Corroborando com a problematização, o NASF-AB e o CAPS ad da cidade A também trazem algumas colocações:

*“infelizmente a gente não vive em uma sociedade inclusiva, a gente fala tanto sobre isso, mas na prática isso não acontece, a gente trabalha isso dia-a-dia da nossa equipe e tenta matriciar as equipes e sensibilizar as pessoas, mas é um trabalho bem de longo prazo” (SIC);*

*“mas o ser humano ainda não evoluiu né, pelo contrário, o pensamento ainda bem retrógrado né, ‘só que daí a pessoa que tem mais dinheiro, coloca num carro e leva numa clínica lá em São Paulo’, aquelas clínicas chiques, então assim, a gente percebe o quanto ainda a gente falta trabalhar nessas questões sabe, da pessoa não conseguir conviver com o diferente, não conseguir olhar para aquela pessoa, muitas vezes que está doente, não consegue ver que a dependência química é uma doença né, aqui nós temos os nossos vizinhos que chegaram a fazer um abaixo assinado para tirar a gente daqui né” (SIC).*

Yassui (2006) discute a categoria do imaginário social que desqualifica o sujeito com transtorno mental, ao adentrar esta temática ao usuário problemático de álcool e outras drogas

adicionamos o senso comum da escolha, do envolvimento com o ilícito, da ‘mandragem’, entre outras características dadas a esta situação. Houveram falas dos próprios profissionais entrevistados que continham certa conotação de preconceito com os usuários, por exemplo na UBS da cidade A:

*“o usuário de drogas é aquele que fica tentando te enganar, o tempo todo né, não dá para você acreditar na pessoa porque ela está sempre querendo burlar e mostrar para você um outro perfil, outra coisa, eu acho difícil de lidar com isso” (SIC).*

Goffman (1980, p. 7) refere que o estigma pode ser encontrado através

*“das culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical”.*

Ainda nesta discussão, os profissionais do CAPS ad da mesma cidade trouxeram como dificultador, ser um dos únicos serviços que acolhe os usuários com problemas de álcool e outras drogas:

*“o CAPS acolhe e sem ter discriminação, e eles precisam desse apoio né, e tentar inserir eles na sociedade, e é tá abrigando, acolhendo” (SIC); “porque para muitos aí é mais de um ou dois anos que o AD é o único lugar que ele pode ser bem tratado, vai ter um lugar para se alimentar às vezes, tomar um banho né, e continuar se mantendo de pé né, meio que vira até uma muleta né, se for pensar” (SIC).*

Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) após sua pesquisa quanto à percepção de usuários de CAPS ad sobre o serviço, consideram que dispositivo é compreendido como um local de apoio e acolhimento que mantém as ‘portas abertas’ para receber sempre os usuários. É um local que respeita a condição do sujeito e olha para todas as demandas de saúde, assim estabelecendo vínculo com os usuários.

Podemos adicionar aqui também a percepção de alguns profissionais mais voltada ao processo de institucionalização, como podemos constatar na seguinte fala da profissional da UBS na cidade A:

*“do jeito que está funcionando de maneira geral a saúde mental, eu acho que tem momentos que tem que ter sim uma intervenção maior, teria que ter internações, mas internações não, assim, relacionado a essa concepção, principalmente no usuário de drogas, está muito associado com religião, não acho que deveria ter, devia ter uma lugar mais específico, às vezes o paciente precisa de um tratamento né, é... Mais efetivo, mais de perto,*

*mais né, e eu não sei se o CAPS ad da conta disso, tá? E a gente tem uma mão de obra que não é qualificada né, na atenção básica, eu não acho que tenha que banalizar a questão da qualificação profissional, eu acho que as pessoas têm perfis né, tem gente que não. Eu sinceramente não gosto muito de trabalhar com drogado, eu acho que são pessoas bem complicadas, difícil, eu não tenho perfil para trabalhar com isso, tem pessoas que tem né, e isso deveria ser um pouco aceito e teria onde encaminhar, mas aí fica nessa coisa de que daí todo mundo né, que aqui na atenção básica tem que ter perfil para tudo, não acho que deveria ser assim tá, eu acho que eles ficam mal assistidos” (SIC).*

Basaglia em ‘A Instituição Negada’ (1985) retrata o profissional de saúde da ‘nova psiquiatria’ como um reprodutor do processo de violência institucional e do jogo de poder entre o sujeito de saber e o doente. Neste sentido, o profissional da saúde, muitas vezes, torna-se o administrador que atenua as relações, reforça as resistências institucionais com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta. Seu trabalho é definido como terapêutico-orientador, “ele adapta os indivíduos à aceitação de sua condição de "objetos de violência", dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objetos de violência e rejeitarem todas as demais possibilidades que lhes são oferecidas” (p. 102).

Outra situação que se torna um dificultador do processo de trabalho com os usuários é a postura do usuário nos serviços de saúde, em sua maioria é uma postura acanhada, tímida e até mesmo submissa aos profissionais, como podemos observar na fala da profissional do CAPS ad da cidade B:

*“a dificuldade é que as pessoas esperam isso de nós né, então elas vem aqui, essa dificuldade de falar o que ela deseja até por essa outra linha que às vezes algumas comunidades seguem ou na sociedade como um todo de que se você é usuário ou você tem problemas de álcool e outras drogas então você não sabe o que fazer, alguém tem que dizer por você, e eles geralmente chegam aqui com essa postura, então é difícil é... colocar que eles também podem construir né, que eles devem construir junto o projeto terapêutico” (SIC).*

Reafirmando este fenômeno, a profissional do CAPS ad da cidade A também traz uma fala semelhante:

*“é a cultura que se tem de que a droga domina um sujeito, domina um cidadão, tem muito poder sobre ele e eu acho que também dificulta, a ideia de que ele possa se dominar, se recompor, se reorganizar, então é sempre uma lida com isso assim né, muitas vezes chegam dizendo aqui é não tem mais jeito, então você precisa fazer alguma coisa por mim é, e é difícil o diálogo muitas vezes” (SIC).*

Outra problemática levantada são as limitações de atuação local (nos serviços pesquisados) e em rede, como relatado pelo profissional do CAPS ad da cidade A:

*“mas a gente percebe que falta esses dispositivos né? Seja CAPS AD III, ou residencial, ou unidade de acolhimento, então acho que se for para acrescentar alguma coisa, acrescentar a crítica né, de como isso influencia muito no nosso trabalho, e a gente não tem...” (SIC).*

A problemática colocada aqui refere a necessidade da instalação de todos os serviços previstos para a Rede de Atenção Psicossocial, pois foram organizados para que pudessem responder o máximo das necessidades de saúde mental de forma integral. A Portaria N. 3.088/2011 prevê serviços desde a Atenção Básica, Atenção Secundária - as unidades especializadas, Atenção de Urgência e Emergência, Serviço Hospitalar e Serviços Residenciais.

Foram elencados outros dificultadores como a centralidade dos tratamentos no profissional médico:

*“é a medicação crônica assim né, a medicalização crônica, ela coopera para isso também, pra institucionalização” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Outro profissional sinaliza que:

*“tem uma fala muito centralizadora no médico e na medicação, acho que essa é uma dificuldade que mesmo com aquele usuário que apresenta uma adesão em algum momento ou outro a gente se depara, ainda é uma conduta muito médico centrada, não da equipe claro, dos usuários e dos familiares muitas vezes né, me veio isso agora de como quebrar isso né?” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Esta característica supracitada vem sendo criticada pelo movimento da luta antimanicomial por nascer do modelo biomédico, um modelo baseado medicalização dos sujeitos, voltado ao biologicismo e unidisciplinar. Guarido (2007) traz a dimensão do contexto atual das intervenções médicas no campo da saúde mental, é através da prescrição medicamentosa associada a procedimentos diagnósticos, ao discurso científico e a socialização da medicalização da vida financiadas pela indústria farmacêutica, que se reconhece o paradigma do discurso médico na produção acerca do sofrimento psíquico. A autora refere que se a psiquiatria clássica estava voltada enigma da subjetividade, a psiquiatria contemporânea naturaliza a instância humana e subordina os sujeitos à bioquímica cerebral.

### 6.1.3 A cronificação e a institucionalização

Esta subcategoria pretende analisar de acordo com as respostas dos entrevistados a participação de cada unidade de análise citada abaixo no processo de cronificação e/ou

institucionalização. O usuário (6.1.3.1), o profissional (6.1.3.2), a instituição (6.1.3.3), a rede (6.1.3.4) e o Estado (6.1.3.5).

Iniciaremos trazendo a discussão levantada sobre o papel do usuário (6.1.3.1) no processo de cronificação e/ou institucionalização de acordo com a percepção dos profissionais de saúde entrevistados:

*“se adaptou a essa coisa de ficar no serviço de saúde e ele acaba não acessando outras coisas na rede que ele poderia estar acessando, ele é super resistente quando você tenta fazer uma proposta pra ele, ele não aceita, isso vem de encontro” (SIC);*

*“e é assim trabalhar na perspectiva de trabalhar a desinstitucionalização, é criando autonomia, é criando protagonismo e, geralmente, as coisas que a gente não consegue, que temos dificuldades aqui, justamente vivemos falando da culpabilização dos usuários, são eles que projetam na gente o cuidado, projetam a melhor recuperação na figura do profissional de saúde, mas na verdade ficamos o tempo inteiro mostrando e espelhando para ele ‘mas o melhor está em ti’, ‘tu tem que lidar com isso’ e a redução de danos dentro da perspectiva do uso de substâncias, a redução de danos é isso, é aprender o que você quer fazer, aprender a escolher qual o caminho da tua recuperação, o que tu consegue fazer, como ele vai fazer, e é complexa” (SIC) - NASF da cidade A.*

Outro profissional do mesmo NASF argumenta:

*“paciente vem de passividade, então existe um movimento de passividade de receber esse tratamento e as orientações, e alguém falando sempre o que deve ou não fazer, porque é mais fácil, então eu acho que eu vejo isso como uma dificuldade das pessoas querendo que sempre alguém vá atrás das coisas por elas e aí como a gente tem um ímpeto de ser articulador e querer fazer as coisas, as vezes faz demais e tira um pouco do protagonismo dele” (SIC) - NASF da cidade A.*

Outras falas vão complementando:

*“é uma questão cultural, o assistencialismo, o usuário visto e se ver como passivo da história, é mais fácil também” (SIC) - NASF da cidade A.*

O profissional da UBS traz argumentos na mesma linha dos colegas do NASF:

*“então a gente tem aqui na unidade muitos usuários que são é... fidelizados né, entre aspas institucionalizados, que estão aqui todos os dias por vários motivos e a gente precisa tentar exercer e trabalhar nessas pessoas o auto cuidado né, se reorganizar, que não dependa da unidade para lembrar dos seus horários, para lembrar que tem que renovar receita, para lembrar que tem que tomar medicação, que essa pessoa consiga ter um mínimo de controle da*

*sua vida e responsabilizar né, essa pessoa pela sua situação de saúde” (SIC) - UBS da cidade B.*

As falas aqui apresentadas giram em torno da temática da passividade dos usuários e da cultura assistencial dos profissionais de saúde, no entanto, estas características podem se correlacionar no sentido de que se tornam um ciclo no momento em que o profissional se apresenta como provedor e o usuário consente nesta relação. Pinheiro, Da Costa e Rocha (2020) em seu artigo sobre o ‘Mal-Estar e Sociedade: a drogadição em questão’, trazem um posicionamento sobre a passividade do usuário

“existem pessoas que criam determinadas construções que lhes colocam em uma posição de profunda passividade, fazendo que com os objetos que elas tomaram como construções, se tornem os algozes senhores de suas próprias vidas, como, por exemplo, a droga (p.86614)”.

Foi levantada também a ideia sobre o papel do usuário nesta relação de cuidado, se o serviço compreende o sujeito como peça principal para seu processo de saúde, este, conseqüentemente irá ‘chamar’ o usuário para com seu tratamento, mas, se o serviço se vê como único responsável, o usuário perde seu espaço e fica a mercê das escolhas dos ‘sujeitos de saber’. Várias são as possíveis explicações quanto o fenômeno citado aqui, neste caberia outra pesquisa.

Neste sentido, adentraremos a discussão sobre parcela de responsabilidade do profissional (6.1.3.2) de saúde neste processo, apresentamos algumas falas advindas das discussões sobre a temática:

*“e muitas vezes o responsável, o culpado né, por esse estado de ‘coisa’ é o próprio profissional né, muitas vezes na ânsia de nós darmos o melhor de nós e um pouco mais, nós podemos segurar o paciente, dentro das nossas necessidades e buracos, e carências nossas, e ser para o paciente mais do que o profissional competente e amoroso, sensível que podemos e devemos ser, paternalistas muitas vezes, e para não magoá-lo ou para não deixá-lo ainda mais vulnerável, nas suas vulnerabilidades, nós podemos estar passando a mão na cabeça quando nós poderíamos estar dizendo: “olha fulano né, a medicação não vai fazer milagre sozinha, você precisa se cuidar, o sal, você está comendo muito sal”, e isso e aquilo, essas pequenas conversas do óbvio né, para nós é óbvio mas para o paciente não, isso faz a diferença, mas essa dificuldade muitas vezes somos nós profissionais que temos, esse desmame ao paciente para deixar ele caminhar com as próprias pernas, pouquíssimos de nós ficamos felizes quando o paciente alça voo” (SIC) - UBS da cidade B.*

Já a coordenadora de saúde mental da cidade B discute que:

*“a institucionalização eu acho que ela é muito sutil às vezes sabe, ela é perigosa, porque você acha que está fazendo o bem, e na verdade você está é tornando ela dependente dessa estrutura, não trabalhando no sentido da autonomia dessas pessoas, da independência, da liberdade dessas pessoas né” (SIC).*

Esta linha de argumento é tomada também por alguns profissionais do CAPS:

*“e muitas vezes a gente também teria que estar revendo, porque às vezes até a equipe, ãh eu digo a equipe se coloca na... perde a hora dar alta para esse usuário né, então é uma questão que a gente sempre tem que estar analisando, estudando, refletindo, para não pecar dos dois lados, tanto quanto profissional e trabalhar essa dependência que acaba criando né, e esse vínculo e a gente percebe que tem alguns usuários que você dá alta, ele está ótimo e em duas semanas, nossa ele está péssimo, tem que voltar, então muitas vezes isso é...” (SIC) - CAPS ad cidade A.*

Estes trechos aqui expostos corroboram com a discussão realizada na categoria de análise anterior, trazendo características assistencialistas, mas também paternalistas dos profissionais, podemos discutir também o ‘local’ de onde esse profissional fala, como ele se percebe na relação de cuidado com os usuários, como ele vê o processo saúde e doença destes sujeitos, se ele percebe outras possibilidades na rede e na comunidade para com os usuários. Foucault (1989) refere que,

O importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem poder (não é – não obstante um mito, de que seria necessário esclarecer a história e as funções – a recompensa dos espíritos livres, o filho das longas solidões, o privilégio daqueles que souberam se libertar). A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (p. 10).

De acordo com os entrevistados, existe uma grande porção das instituições (6.1.3.3) neste processo de institucionalizar e cronificar os usuários, as falas apresentadas a seguir revelam a percepção dos profissionais de saúde:

*“O que acontece hoje é que a gente não vê hoje a desinstitucionalização nos CAPS, porque muitos usuários para lá vão e na verdade ficam institucionalizados em uma maneira diferente” (SIC) - NASF da cidade A.*

Outro profissional complementa:

*“mas agora a desinstitucionalização dos usuários do AD, o que a gente está falando com vocês, fica difícil pensar, não temos muita noção de quem está, sabemos quem passou, temos alguns pacientes que passaram pelo tratamento, que melhoraram ou acharam que não precisavam mais, que estão transitando aqui que a gente reconhece, mas assim, cronificado no AD” (SIC) - NASF da cidade A.*

Já a coordenação de saúde mental usa da seguinte reflexão:

*“por exemplo usando a questão ‘bom, eu usei álcool muitos anos, eu tive prejuízo na minha vida e agora eu preciso do CAPS porque eu sou um alcoólatra né’, mesmo que às vezes não esteja mais usando ou esse uso não seja mais aquele uso, não esteja mais prejudicando, mas ele se sente doente, necessitando de um suporte profissional né, vai cronificando, e a equipe também cronifica né, assim os serviços também cronificam, no momento em que também não conseguem ver a pessoa sem estar vindo pelo menos de vez em quando, ou mantendo essa pessoa nesse estado de doente né, e aí tem...” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B;*

*“é o serviço também achar que sem ele a pessoa não vai viver, que ela necessita desse serviço né” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

A profissional aprofunda seus argumentos:

*“também a instituição se coloca nesse papel assim de garantidor da vida das pessoas né, e eu não vejo as instituições com esse papel” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B; “eles vem ao CAPS porque eles estão doentes, então ele já assume que ele é doente, então eu vou ao CAPS, então eu chego no CAPS eu sou doente. Aí eu fico pensando, ‘Puts, o CAPS também adoecer’, ir ao CAPS... Porque se ele chegar no CAPS e ele não está doente, ele não precisa ir ao CAPS né, então ele precisa desse jeito de ser porque ele é doente né, então isso vai cronificando as pessoas, no meu ponto de vista né. Eu sempre converso muito com a equipe de nós não acharmos que o CAPS é a salvação da vida da pessoa né, se é que existe uma salvação” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Estes trechos apresentados revelam as indagações sobre o papel da própria instituição no processo de desinstitucionalização, e também no faz refletir quanto desinstitucionalizar é um processo muito maior do que apenas estar ou não num serviço de saúde, é a maneira com que lidamos com a relação usuário/serviço, como vemos e trabalhamos o processo de

adoecimento/saúde, e como manejamos as limitações/possibilidades de cada ator, o usuário, o profissional, a instituição. Neste sentido, Lechopier (2015) discute que na luta entre a dominação e a emancipação dos usuários, mesmo que a instituição apresente “boas pretensões” em suas ações, elas podem ainda carregar valores coloniais, racistas, sexistas, tornar-se excludentes e intensificar a vulnerabilidade social. O autor ainda explica que o “Biopoder” e a “medicalização” são um dos conceitos críticos que nos auxiliam a compreender os efeitos políticos e sociais de programas de saúde pública.

Ao adentrarmos a situação discutida acima, os profissionais também levantaram as dificuldades encontradas por eles em seu dia a dia ao enfrentar o processo de cronificação dos usuários:

*“não depende, eu acho, que só da equipe sabe? Assim, eu acho que depende de uma rede articulada né, assim, dizer que só a equipe do CAPS ad vai descronificar alguns casos que a gente sabe que eles estão cronificados em vários pontos da rede, eu acho difícil, mas eu acho que a equipe tem um papel importante nesse sentido, talvez de tomar iniciativa de discutir isso, de ver outras possibilidades, de participar disso, mas eu vejo assim, que alguns casos é difícil (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

A reflexão aqui apresentada denota que é necessário um conjunto de ações para efetivamente desinstitucionalizar os sujeitos, ações estas teóricas e metodológicas, partindo de todos os envolvidos no processo de cuidado, desde o sujeito e a família, como os profissionais, a rede e o Estado.

A desinstitucionalização, aquela falsa, obviamente tenta o contrário: mumificar o objeto da Psiquiatria, deslocando apenas as formas e os modos da gestão, mais que qualquer outra coisa, os lugares, o look; se o verdadeiro objeto tornou-se a "existência-sofrimento do paciente em sua relação com o corpo social", que relação miserável têm as instituições tradicionais com este novo objeto (mas também muitas daquelas novas). Pouco pertinentes, inadequadas, como usar um metro para medir líquidos, ou uma caixa para conter a corrente do rio. A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático- crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto. (Basaglia, 1985, p. 2)

Neste sentido, a institucionalização na rede (6.1.3.4) de saúde também é muito discutida pelos entrevistados, o famoso ‘ping-pong’ dos usuários, os serviços de saúde fazendo o mínimo e se desresponsabilizando, encaminhando a demanda, principalmente nas situações em que o Estado deveria prover cuidado e autonomia:

*“são pessoas que acabam ficando na rua, quando vem seja para o serviço aqui ou acabam já tendo várias internações em hospitais psiquiátricos, e aí dá uma melhorada mas também não tem daí quem vai se responsabilizar por essa pessoa né, porque então foi por alguma necessidade, saiu e aí, e vai ficando nesse ciclo, no caso né, e a gente quanto serviço de saúde a gente vai até um ponto, até um limite, então são pessoas assim que estão institucionalizadas na rede até...” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Na entrevista com a coordenadora ela argumenta:

*“a gente vai conversar com a assistência social normalmente, porque assim, com raras exceções a pessoa está cronicada só aqui no serviço né, ela já é cronicada nas rede de políticas públicas né, se você for olhar ela já é usuária há muitos anos, a família toda, não sei o que na assistência social, na secretaria da habitação, na unidade de saúde” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Há um posicionamento dos profissionais quanto ao receio da criação de uma rede ineficaz, que exista somente pela aparência e não por ser uma real preocupação do Município:

*“o meu grande medo hoje é que essa política de saúde mental vire na verdade uma maquiagem né, uma enxugação de gelo né, por exemplo, “ah tem o pop? Tem”, pro morador de rua, daí o cara vai lá, “oh tu tem uma semana para ficar aqui depois tu tem que arrumar um emprego e vazar”, né? Então, será que adianta? Adiantou só uma semana?” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

A criação de pontos da rede com ‘visão, missão e valores’ diferentes fazem com que a rede não se efetive, no sentido do trabalho não fluir como o esperado, a rede de saúde foi criada através da compreensão epistemológica da integralidade, se os serviços trabalharem através de percepções diferentes não será possível atingir um objetivo final. Como vimos ainda na introdução, esta situação se aplica ao receio de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) que apresentam a possibilidade do trabalho como um circuito, que se apresenta transformando a estaticidade da psiquiatria manicomial na dinâmica da circulação entre serviços, funcionando a partir da resposta para cada necessidade fragmentada, ou seja, através da existência de um serviço para crise, um serviço para os problemas sociais, um serviço para os problemas psicológicos. Esta se apresenta também, de acordo com o autor, como uma espiral, num mecanismo que alimenta os problemas e os tornam crônicos.

Ainda sobre este processo, Amarante (1996) traz a discussão sobre o entendimento da desinstitucionalização como a desassistência, neste o autor adverte que “não pode, em absoluto, representar o 'desamparo' dos doentes ou o simples envio para fora do hospital, sem ser

implantada, antes, uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos mesmos e das suas famílias" (p19).

Em torno da temática da cronificação, há uma reflexão frente ao processo de desinstitucionalização e de cronificação desassociado do usuário estar ou não apenas na instituição, considerando os demais aspectos da vida do sujeito:

*“muitas vezes está cronificado na família, está cronificado no seu grupo social, então você tem que ter uma postura e ter propostas de como essa vida voltar e tirar desse quadro cronificado, propostas que vão ter que ser discutidas com muitas pessoas né, não é só desligá-lo do serviço que vai descronificar” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Esta colocação corrobora com a discussão apresentada acima, se não houver responsabilização e articulação entre os atores do processo de cuidado, se manterá a fragmentação do trabalho e a ineficiência no processo de desinstitucionalização.

A parcela do Estado (6.1.3.5) no processo de institucionalização e cronificação é a mais debatida entre os profissionais entrevistados:

*“principalmente falando de álcool e drogas, eu acho que estamos vivendo um período de política pública que beneficia algumas instituições de longa permanência, se a gente for falar de substâncias né, a gente fala de comunidade terapêutica, que é uma institucionalização de um período aí de nove meses, que tira o protagonismo do usuário, quanto ao seu papel protagonista da sua vida e institucionaliza ele né, e é justamente isso que a saúde mental luta por muitos anos né, sair de dentro de quatro paredes, sair de dentro de uma instituição de grades e conseguir lutar com os seus desafios e suas vulnerabilidades no dia a dia né, ser dependente de alguma substância psicoativa e conseguir conviver numa sociedade onde a gente tem fácil acesso a essas substâncias é o grande desafio” (SIC) - UBS da cidade B.*

Outro profissional do NASF argumenta:

*“a gente entende que o ideal é desinstitucionalizado, que é o cuidado em comunidade, mas é preciso ter um respaldo do Estado para cuidar dessa pessoa, mas o que a gente vê é o desmonte das políticas públicas em saúde, que já falamos aqui, que se efetiva pela falta de profissionais, que se efetiva pela descaracterização de cada dispositivo e articulação em rede, e a dificuldade que a gente tem em efetivar esse trabalho, quando eu digo que a reforma não foi efetivada, é porque ela não foi, e que estamos lutando e defendendo esse cuidado em comunidade” (SIC) - NASF da cidade B.*

Já a coordenadora de Saúde Mental da cidade B falou:

*“O que nós temos efetivamente hoje de políticas desinstitucionalizantes na cidade né? Praticamente nada, tudo institucionalizante né, as políticas públicas se você for olhar de alguma maneira elas acabam sendo institucionalizantes né, parece que elas tem esse papel e romper com isso é complicado, porque ela está ali para acolher, ela está ali para sabe? Para dar esse suporte... E isso vai criando uma relação né... não vejo que [o município] tenha como... tenha nas suas políticas públicas essa preocupação tá, não vejo, eu acho que a rede ajuda nessa cronificação sim, ‘ah mas pois é, mas para onde que vai?’, aí fica aquela discussão e em ‘ah pois é, mas vamos fazer o que? Aí melhor ficar aqui, pelo menos a gente né’ sabe? Não tem muitas opções” (SIC).*

Ao construir o processo de desinstitucionalização, o foco era a criação de sistemas de apoio territoriais para pacientes advindos dos tais manicômios que seriam fechados. No Brasil, este processo deu um ‘start’ após a década de 1980, e, com apoio legislativo obtivemos a construção de políticas e portarias em prol deste objetivo. No entanto, hoje, ao aproximarmos destes dispositivos criados, podemos observar que por vezes estes são vinculados, orientados ou até mesmo direcionados para o apoio apenas assistencial, superficial e pontual. Está dinâmica reforça as novas orientações sobre as políticas de saúde mental, que em 2017 a Resolução CIT N° 32/2017 estabeleceu novas Diretrizes para o Fortalecimento da RAPS (Diário Oficial da União, 2017), e nova instrução através da Portaria No. 3.588/2017, onde uma das alterações é o retorno da priorização dos hospitais psiquiátricos, acompanhado pelo fim da insistência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o que traz grandes prejuízos para o movimento da reforma psiquiátrica.

As mudanças legislativas nos últimos anos vêm enfraquecendo muito os movimentos desinstitucionalizantes, os serviços substitutivos e as práticas profissionais. Ao reescrever as portarias, resoluções e notas técnicas desde o ano de 2017, o Estado mudou a lógica assistencial, tornando a nomear como parte da RAPS os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas. Tal situação é foco de preocupações e incomodações aos profissionais de saúde que hoje trabalham a partir de práticas desinstitucionalizantes:

*“com a atual política de álcool e drogas desse governo, eu penso que nós teremos ainda mais dificuldade de trabalhar enquanto lógica de CAPS ad(...) Enquanto outras lógicas estão sendo reforçadas né, não vão... Tinham dificuldade e agora não vão mais ter, e para nós vai ser ao contrário né, nós vamos ter mais dificuldade porque se preza muito a questão da abstinência, da internação, da retirada né, de comunidade terapêutica principalmente (...) Essa visão que se tem das drogas e do álcool, do uso, é uma visão muito distorcida, assim, né, é querer tapar o sol com a peneira, quer dizer que se a gente tirar tudo, prender todo mundo o problema vai se resolver? Eu não vejo dessa maneira, e a política, principalmente a do*

*ministério da saúde, dentro do álcool e drogas até então não era assim né, era uma políticas mais aberta, mais... Sempre tivemos, acho que sempre foi um tema difícil, né um público que é... mais difícil, né o que eram os loucos e os leprosos, não sei o que de antigamente hoje são os usuários de drogas, isso antes mesmo dessa política, e agora pior ainda” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Por outro lado a profissional do CAPSad da cidade B argumenta:

*“o que eu vejo de dificuldade é a questão da propaganda da comunidade terapêutica né, porque aqui a gente preza que a pessoa venha, faça tratamento e ainda fique em liberdade ou que lide com as, com as suas, com os seus conflitos, desafios” (SIC).*

Já no CAPSad da cidade A foi discutido que:

*“a desinstitucionalização foi um processo que aconteceu de em um período para cá né, onde que os... muitos eles pacientes estavam institucionalizados, isolados da sociedade e isso foi um processo que aconteceu de redução de leitos hospitalares psiquiátricos para que abrisse essa demanda toda a nível dos CAPS e o que me preocupa bastante é que a gente está voltando novamente, invertendo esse processo novamente, a gente tá voltando a institucionalizar novamente as pessoas, e bastante forte, então a gente está voltando esse processo de desinstitucionalização para a institucionalização novamente. Eu acho isso bastante preocupante”.*

Outro profissional marcou que:

*“é realmente a construção de volta para os manicômios, cada vez muros mais altos, e a gente não precisa ir muito longe né, hoje o portão está fechado do CAPS. Então isso já também demonstra a que caminhos estamos” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Outro argumento usado foi:

*“de uma história de luta antimanicomial né, e que a gente está com retrocessos bem grandes a partir de janeiro deste ano, a começar pela lei da saúde mental” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Há ainda um último argumento nessa direção, de que:

*“o fortalecimento de comunidades terapêuticas, além do fortalecimento verbal, vamos dizer assim, do enaltecimento, mas também recursos financeiros que a gente sabe que tudo isso acaba de vai minando o processo de tratamento aberto, de redução de danos, toda essa ótica mais humanizada, menos isolamento, isso tudo vai minando sem querer querendo né o trabalho como um todo né” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Os profissionais de saúde deixam claro sua preocupação com os últimos direcionamentos do Estado sobre as políticas de saúde mental, seu incômodo sobre os retrocessos frente às políticas de desinstitucionalização e a descaracterização dos serviços antes nomeados de substitutivos, hoje já não mais considerados assim.

#### 6.1.4 Casos Clínicos

Para finalizar esta categoria, foi questionado aos profissionais sobre casos reais que eles acompanharam, quais eram as percepções sobre casos de ‘sucesso’ (6.1.4.1) no processo de desinstitucionalização ou casos que eles tinham alguma dificuldade de manejar (6.1.4.2), estas situações demandaram muitas discussões e um processo de auto-análise, do seu trabalho, suas limitações e suas possibilidades.

Ao questionar sobre situações de ‘sucesso’, casos acompanhados pelas equipes e trabalhados através de uma prática desinstitucionalizante, foi perceptível a demora para os profissionais ‘lembrarem’, no entanto, ao perguntar sobre os casos que eles percebiam ter dificuldade de manejo, os profissionais respondiam rapidamente, podemos ver no trecho a seguir:

*“Vocês viram realmente todo trabalho feito em conjunto teve um sucesso na vida desse sujeito, vocês lembram de algum caso para falar para mim? Silêncio. E: Existe algum caso que vocês tem dificuldade de trabalhar a desinstitucionalização? Existe” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Esta situação esteve presente em todos os campos pesquisados, tanto na AB quanto nos CAPS ad. A ideia de trabalhar um processo de autonomia dos usuários, ressocialização e manejo dos gatilhos afetivos na população com dependência de substâncias psicoativas é um desafio diário para os profissionais, e neste sentido, como vimos na discussão sobre a nova cronicidade, pacientes que se caracterizam como difíceis para a equipe, seja no manejo, seja no vínculo, trazem consigo as angústias dos profissionais frente ao desgaste, e evidenciam as falhas e as contradições das práticas do serviço. Pande e Amarante (2011) enquadram esta situação como “os usuários crônicos ambulatoriais”.

A AB também foi questionada sobre casos compartilhados com os CAPS ad e em sua maioria não haviam tido esta experiência, conotando a dificuldade de ligação entre os serviços:

*“eu fiquei tentando lembrar aqui, daí eu fiquei bem animada, porque eu lembrei de uma que teve sucesso mas era de CAPS II, e aí eu tentei linkar com outros de CAPS ad, a gente tem alguns avanços bem pequenos e bem pontuais, em casos de álcool e outras drogas a gente não tem nada muito de sucesso “ual”, assim de conseguir concluir o tratamento, a gente tem nesses*

*casos que eu consegui linkar com a redução de danos e o fortalecimento do suporte familiar, mas extremamente efetivo, não” (SIC) - NASF da cidade B.*

Rotoli, Silva, Santos, Oliveira e Gomes (2019) apontam que as práticas na AB, muitas vezes, ainda estão ordenadas nos métodos assistencialistas, de base biomédica, pautado na alta medicalização dos usuários com demandas em saúde mental, e esta prática se justifica pelo sentimento de impotência, angústia e despreparo dos profissionais no âmbito da Atenção Psicossocial. Neste sentido, os autores indicam que as dificuldades encontradas para o manejo da saúde mental na AB, são produzidos por fatores relacionados ao desconhecimento do campo da práxis de cuidado da Atenção Psicossocial. Portanto, hoje as ações realizadas com os usuários apresentam-se pouco resolutivas, centralizadas na doença, ao invés de as equipes investirem nas técnicas com grandes potenciais, como as visitas domiciliares, os grupos de saúde mental e o uso do projeto terapêutico singular, entre outras ações (Rotoli et al., 2019).

Os CAPS ad também trouxeram quais as situações que eles percebem ter mais dificuldade de manejo nos casos:

*“são mais idosos, ou próximos de ser idosos já né, que são aposentados, ou que já não buscam trabalho, e aí a gente já não fica com isso na cabeça né, tem que ver o que ele gosta para tentar trabalhar, e aí faz uso abusivo ou já não faz mais abuso, mas gosta de vir aqui, e é aquela pessoa tranquila, cumpre certinho os acordos, não causa uma demanda para a gente né, então a gente via eles aqui mas ah ok né, não precisa dar toda aquela atenção porque às vezes ele nem está em uso mais, mas também como ele gosta desse espaço de convivência, ele fez amigos aqui a gente ia deixando, né” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Muitas vezes essa população acaba tornando o trabalho mais ‘difícil’ pela própria característica levantada anteriormente nesta categoria, à funcionalidade do sujeito, esse sujeito precisa ter lugar na sociedade, ter uma atividade que o torne ‘ativo’, ser independente e quando não tem a demanda ‘trabalho’, é necessário buscar mais, debruçar-se mais sobre alternativas e possibilidades, é necessário buscar mais na comunidade, os locais de troca e partilhamento para que o sujeito possa identificar-se.

Ao discutirmos os casos, os profissionais trouxeram suas ânsias, receios, auto crítica e preocupações quanto a temática abordada, é possível observar que há um movimento de auto análise:

*“eu acho que é uma preocupação constante, que a gente tem tá? Mas nem sempre a gente consegue realmente ser totalmente desinstitucionalizante assim né; eu acho que há uma preocupação tanto com a desinstitucionalização, quanto com a não cronificação, mas que não é algo tão fácil de fazer o tempo todo, muitas vezes é cômodo também para equipe, para o*

*usuário, para família manter esse... Manter esse ciclo né?(...) nós precisamos sempre ter essa auto crítica e ter sempre esse olhar, “não estamos cronificando? O caso não está ficando cronificado? Será que se romper agora a gente não corta esse... né, esse ciclo?” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Já a discussão no CAPSad surgiu o argumento de que:

*“então que a gente precisa estar estudando muito, trabalhando em equipe, revendo, para realmente não institucionalizar ele aqui dentro” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Yasui contextualiza sobre o objeto central do trabalho na Atenção Psicossocial e evidencia o motivo da complexidade:

Falar de sofrimento significa falar da dor do corpo, da ansiedade, da angústia. Sofrimento também remete ao sofrimento de viver, das dificuldades impostas pelo modo de vida, marcado pela dimensão social, pela penúria, pela miséria. Do sertão que há em toda parte. Agregar o termo psíquico à palavra sofrimento, não significa estabelecer uma divisão ou um corte entre mente/corpo. Significa enfatizar. Olhamos para a complexidade da existência humana, por este viés da singularidade, da subjetividade. Ou seja, incluímos esta dimensão que compreende uma intrínseca relação entre o conjunto de conteúdos da consciência e do inconsciente humano, que estão presentes nos estados e processos da experiência subjetiva e que se constituem/constroem/tecem na relação do sujeito com o seu entorno social, familiar, cultural e etc. (Yasui, 2006, p. 103).

Dentro das preocupações, foi visto o quanto são importantes as discussões de casos em equipe, as reuniões, as supervisões, de acordo com os profissionais, há uma necessidade constante de qualificar a equipe para a demanda abordada:

*“eu acredito que em determinados momentos a gente acaba, às vezes, fazendo demais né, acreditando saber muito né, pela experiência que se tem, ou o que a gente já estudou, e aí eu vejo a importância da equipe que nem nós temos reuniões diárias, e reunião semanal, como a de hoje que a gente consegue fazer essa discussão de caso para que o outro profissional consiga perceber as vezes essa nossa dificuldade de estar fazendo muito por determinado participante né, eu acho que isso pode ocorrer, que aí quando ele se coloca nessa postura mais passiva e nós julgamos ter mais experiência ou conhecimento, acabamos tomando as rédeas da situação né” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Outro profissional discute:

*“e eu acho que a gente começou a pensar nisso com o X né, na supervisão, porque esses que a gente tem dificuldade hoje são antigos né, aqui no CAPS, bem antigos no caso né” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Sendo que outro profissional complementa:

*“que teve uma evolução a partir daquela supervisão né” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

A discussão deste tema no CAPSad da cidade A considera:

*“acho que também a gente trabalha, às vezes, com a insegurança nossa profissional, então que nós deveríamos ser mais capacitados, ter mais possibilidades de capacitações diversas né, todo mundo aqui tem que procurar por conta própria as suas capacitações” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Outro profissional complementa:

*“e eu acho que a gente está passando por um momento também em que a supervisão clínica seria um diferencial também para as equipes né” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

A supervisão clínica institucional foi instituída pela Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005 na qual destinava-se um incentivo financeiro emergencial ao Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. De acordo com Figueiredo (2008) a supervisão clínica institucional deve atuar para sustentar a proposta de uma gestão partilhada da clínica entre os profissionais, onde assessora o enfrentamento dos impasses institucionais do cotidiano do trabalho. Define-se o espaço de cada profissional na equipe, cada qual com sua especificidade, mas sem a rigidez da especialidade isolada, pactua-se as responsabilidades pelo fazer clínico, e a construção coletiva sobre o processo de ‘fazer saúde’, permitindo qualificar o trabalho em equipe e reduzir conflitos.

Nesta categoria adentramos as temáticas sobre a desinstitucionalização e os níveis de conhecimento dos profissionais sobre este processo, nesta pudemos depreender que ainda é necessário difundir a temática, levar a lógica da desinstitucionalização aos espaços de saúde, qualificar o cuidado. Vimos ainda os aspectos que promovem a episteme do movimento da desinstitucionalização, características singulares e plurais no sentido em que também nos deparamos com práticas já implantadas, como o trabalho no território e o Projeto Terapêutico Singular. No entanto, também destacamos os impasses vividos pelos profissionais para o trabalho desinstitucionalizador, podemos apontar pensamentos voltados ainda ao processo estigmatizador e exclusório na sociedade, a desresponsabilização familiar, o preconceito com o usuário de drogas, e a falta de espaço na rede de cuidado. Constatamos também que no

processo de cronificação e institucionalização existem diversas influências, estas descritas por camadas, desde o próprio usuário até a quota do Estado. E, por fim, no intuito de tornar as discussões mais palpáveis, discutimos casos que as equipes vivenciaram neste processo.

## 6.2 O ENCERRAMENTO DO CUIDADO NO CAPS AD

Esta categoria trabalhará o processo de encerramento do cuidado e os critérios utilizados para o fim do acompanhamento dos usuários nos CAPS ad pesquisados.

Categoria	Sub-categoria	Elementos de análise
6.2 O ENCERRAMENTO DO CUIDADO NO CAPS AD	6.2.1 Os Processos	6.2.1.1 Critérios utilizados
		6.2.1.2 Alta do CAPS ad

### 6.2.1 Os Processos

Os profissionais de saúde de ambos os CAPS ad pesquisados consideram esse fim do cuidado como um processo de alta, em ambas as coletas o termo ‘alta’ foi utilizado. Neste sentido iniciaremos discutindo quais são os critérios (2.1.1) utilizados pelos serviços para iniciar esse processo de encerramento do cuidado, posteriormente discutiremos as modalidades de alta (2.1.2) apresentadas pelos serviços.

De acordo com os profissionais de saúde os critérios utilizados para o processo de alta são amplos e se transformam conforme a demanda de cada usuário, demonstrando a adaptabilidade da construção do processo de cuidado com os usuários e o respeito a singularidade de cada sujeito, seguindo os princípios utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que são a integralidade e a equidade (Mattos, 2009). Neste sentido podemos acompanhar as percepções dos profissionais do CAPS ad da cidade A quanto ao fenômeno nas seguintes falas:

*“depende também o que ele busca no tratamento né, porque nós temos vários que vem aqui e diz assim “ah eu quero, eu quero parar o uso de crack, cocaína e não sei o que, mas a maconha não é problema né, eu continuo com a maconha, assim ela não me traz prejuízo e eu uso por alguma questão dele assim sabe”, de repente para ficar mais calmo né, ficar mais tranquilo né, então assim ele não está vendo aquele prejuízo assim sabe né” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Outro profissional argumenta:

*“como foi dito né, vai do desejo e do objetivo de cada pessoa que vem aqui, certo? Então não necessariamente é a abstinência, então “ah eu estou abstinente a tanto tempo” como um critério assim...” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Como também na cidade B, o fenômeno é semelhante:

*“o usuário conseguiu né retomar as rédeas da vida dele assim, a medida do que é possível para ele a partir da realidade dele né, então não tem assim, “ah ficou dois anos aqui, melhorou ou não melhorou já deu o tempo de ter alta”, “enquanto não parar de usar, não vai ter alta”, não, não existem esses critérios assim definidos, é a organização da vida dele mesmo, quando ele continua até a gente conseguir dar... Nós darmos alta, e sempre muito em consenso com o próprio usuário né” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Silva, Almeida e Amato (2019) em sua pesquisa sobre a perspectiva do processo de alta dos profissionais de CAPS ad, também encontraram este fenômeno e destacaram que o processo de alta não deve basear-se apenas na mudança do padrão do uso de drogas, mas deve considerar também a reinserção social do sujeito, o acesso a rede de serviços, os processos individuais e psicológicos, como as melhorias no comportamento de enfrentamento, e a construção do protagonismo do usuário.

Acompanhando o processo de cuidado singular e integral realizado pelos CAPS ad, a metodologia utilizada no tratamento vem ao encontro com as ideias da atenção psicossocial, podemos observar esta situação no CAPS ad da cidade A no seguinte trecho:

*“a gente trabalha com Redução de Danos, então a pessoa se organizou, uma organização mental, funcional, tá mais tranquila, não está no período de crise, porque alguns vêm no período de crise, depois ‘ah teve uma recaída e tá difícil por alguma questão psicológica ou por uma questão social no momento’, então não que tenha um critério específico, vai muito do que ele alcançou de certa forma, aquele objetivo que ele vinha colocando, né? E ele também tem a voz para estar falando um pouco dessa melhora e não é só os profissionais, isso é um ponto importante aqui, não é só a gente que chega “beleza, agora você melhorou você está por alta por melhora” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

A redução de danos citada pelo profissional é uma estratégia própria do campo da saúde pública, que visa a reduzir os danos causados pelo consumo de drogas. A cartilha do Estado de Santa Catarina “ABC da Redução de Danos” orienta que a estratégia da redução de danos deve desenvolver uma série de intervenções que visam acessar e vincular o usuário a “atividades que promovam a diminuição da vulnerabilidade associada ao consumo de drogas, a inserção em

serviços de saúde, a garantia dos direitos humanos e cidadania e a reinserção social” (Santa Catarina, 2003, p.21). Trabalhar a partir das estratégias do PTS e da redução de danos operacionaliza a perspectiva de uma clínica ampliada, possibilitando o olhar sobre as dimensões subjetivas e sobre os territórios existenciais, tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários (Brasil, 2013). “A dimensão processual desse modo de produção do cuidado âncora, mas, ao mesmo tempo, projeta a construção da integralidade em saúde na perspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos” (Brasil, 2013, p.60).

Ao adentrarmos a temática, houveram exemplos dos parâmetros utilizados com os usuários para chegar ao objetivo de evolução do quadro, podemos exemplificar nos seguintes trechos citados pela coordenação de saúde mental da cidade B:

*“quando a pessoa está vindo efetivamente, quando há uma melhora desse quadro que a gente chama de... Ela consegue retomar a vida né, principalmente no que a gente considera áreas principais assim, principalmente e principais ficou meio... Mas assim, relacionamento com a família, relação com o trabalho, as relações interpessoais, a própria saúde física dele, que muitas vezes ele acaba, ele chega aqui também com a sua saúde física né, biológica bem debilitada pelo uso né abusivo, então quando há uma melhora do quadro e ele consegue retomar a vida dele de alguma maneira que se entende que “bom, com ou sem o CAPS as coisas estão andando né” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Ambas as cidades pesquisadas trouxeram objetivos congruentes entre si e com a concepção da Luta Antimanicomial. Neste sentido, percebe-se também o processo da singularização da atenção, onde o projeto de cuidado e avaliação de evolução está associado inteiramente aos processos individuais (Onocko-Campos, Furtado, Tripé, Emerich, & Surjus, 2017).

Os profissionais entrevistados de ambos os CAPS ad, cidades A e B, enfatizaram a necessidade de ser um processo em conjunto com os usuários, demonstrando respeito e compreensão do usuário como um sujeito ativo em seu processo de saúde:

*“porque a alta é uma construção com ele né, porque ele... Ele tá saindo de um espaço que foi seguro, que auxiliou ele na perspectiva dele né, então daí a alta é uma construção com ele né, de cada indivíduo né, e cada alta é uma diferente da outra assim né, também” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Já no grupo focal da cidade B foi dito que:

*“a alta que a gente diz acontece em algumas situações para unidade da comunidade onde ele mora, e alguns que são mais crônicos vão ficar mais tempo aqui conosco né, então assim, alguns sim, a gente da alta combinando com o participante né” (SIC).*

Também foi possível perceber certo receio do momento da ‘alta’, tanto vindo por um movimento dos usuários, como relatado pelos entrevistados da cidade A:

*“é eu acho que é uma questão que você tem que trabalhar bastante com o usuário porque o usuário, ele acaba que ficando dependente desse serviço né, porque ele tem as suas especificidades diferente de qualquer unidade né? Desde o acolhimento, as formas de grupo, ele tem toda uma equipe a disposição dele, né? É óbvio que cria vínculo e tem muito paciente que tem resistência em ter alta daqui, então é muito difícil” (SIC).*

Silva, Almeida e Amato (2019) referem que o processo de vinculação profissional/usuário é essencial para o sucesso no tratamento, mas, no processo de alta, a vinculação torna-se um dificultador, podendo reforçar a resistência do usuário em distanciar-se do serviço.

Quanto aos profissionais, como relatado pela cidade B, e já trabalhado na categoria anterior, o espaço de acolhimento deste usuário, muitas vezes, é apenas o serviço do CAPS ad em toda a rede de saúde, existem diversas possibilidades de associações sobre este fenômeno, no entanto, uma das justificativas que mais apareceu nesta pesquisa é o preconceito quanto ao público do serviço:

*“é preconceito, medo e também medo do julgamento né, muita gente tem medo do julgamento principalmente né” (SIC) - UBS da cidade A;*

*“E quais são as dificuldades de trabalhar com esse paciente? Preconceito né, de maneira geral a saúde mental é algo que você não tem um controle quanto profissional, você não dá um antibiótico, você não pode dar uma medicação, você não pode extrair o problema e resolver né, então é algo muito complexo” (SIC) - UBS da cidade B.*

Silva, Almeida e Amato (2019) referem que os resultados de seu estudo sobre o processo de alta de CAPS ad sinalizaram que algumas dificuldades estão relacionadas aos próprios profissionais do serviço, outras ao paciente e também dificuldades com a RAPS. Os resultados trouxeram que um dos aspectos dos quais resulta na institucionalização dos usuários no serviço “é a fantasia de onipotência de alguns profissionais, com a consequente crença de que outros profissionais ou outros equipamentos de saúde não são capazes de prestar os devidos atendimentos” (p.830). Os autores ainda sinalizam que foi possível compreender que não apenas o usuário precisa do preparo para a alta, mas apresentou-se ser necessário o apoio mútuo da equipe para trabalhar as dificuldades e angústias que surgem no processo.

No processo de desinstitucionalização a centralidade do trabalho deve ser a autonomia do usuário, o fortalecimento da rede de suporte e ampliar o cuidado para a comunidade, no

entanto, como também já trabalhado na categoria anterior, existe frequentemente a apreensão dos profissionais da Atenção Psicossocial quanto ao ‘fora’ do serviço especializado, tornando a manter o usuário institucionalizado pelo despreparo social, é possível acompanhar esta situação na seguinte fala da representante da saúde mental da cidade B:

*“a vida dela (pessoa) precisa ser retomada por ela e nós vamos ajudar nesse processo vamos né, instrumentalizar isto e fazer algumas ações, mas quando ela começa... Quando ela consegue retomar isso, não quer dizer que ela necessariamente cessou totalmente o uso, às vezes sim, às vezes ela já está sem usar há um bom tempo, conseguiu reorganizar, mas ela acaba vindo no CAPS porque gosta, porque aqui faz amigos, aqui eles são ouvidos, aqui eles tem né, essa convivência, bate um papo e vai ficando né, e você vê que assim, com ou sem o CAPS não vai fazer... Ele já retomou a vida dele, ele já organizou algumas coisas que são importantes, às vezes não está perfeito, maravilhoso né, e em outras vezes ele até está estável digamos, ou até parou o uso, mas você percebe que esse suporte que é dado aqui e aí principalmente a questão dos profissionais, não só a convivência e a socialização com os outros usuários, ainda é o que o mantém realmente ela conseguindo dar conta da sua vida, se a gente retirá-la daqui ela não vai conseguir, então é avaliado muito caso a caso mesmo né” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Neste sentido, e ratificando a percepção dos profissionais da Atenção Psicossocial, esta fala da profissional enfermeira da cidade A demonstra uma das concepções do usuário de álcool e outras drogas pela AB:

*“é porque eu acho que são diferentes tá? Eu acho que paciente que é saúde mental, mas ele tem um comprometimento com álcool e droga ele é diferente do que é um paciente de saúde mental, eu acho que... Eu acho mais difícil, é... para a gente na atenção básica estar fazendo esse acompanhamento e esse cuidado, é um paciente que ele é super resistente, diferente eu acho, eu acho que o paciente só com saúde mental ele é um paciente mais fragilizado então a gente consegue às vezes dar um pouco mais de apoio, esclarecer a família né e tal, e o paciente que é usuário de droga ou de... Ele na verdade foge da gente né, ele é difícil de ser abordado, ele é difícil de ser seguido, é difícil é... Tem momentos que ele vai estar querendo aderir algum tratamento né, ele vem pedir o apoio, a colaboração e tem hora que não está nem se colocando nesse lugar, está fugindo desse lugar de querer ser cuidado, de querer ser né, é... Eu acho que essa conscientização de que ele é usuário de droga oscila um monte né, então eu acho um paciente bem difícil, eu acho que é um paciente que a gente precisa extremamente de um apoio do CAPS ad tá, apesar de que a gente faz pouca... A gente não tem uma... a gente não tem um trabalho muito integrado” (SIC) - UBS da cidade A.*

Este fenômeno também foi encontrado na pesquisa de Silva, Almeida e Amato (2019) que referem o preconceito profissional um grande obstáculo para o processo de alta dos CAPS ad. A situação apontada aqui demonstra que o conceito de desinstitucionalização nascido pelo movimento da Antipsiquiatria, aquele que luta contra o estigma do usuário, os pré-conceitos gerados sobre suas dificuldades e necessidades de saúde, a patologização mental, não adentrou os sujeitos e suas significações das práticas de saúde mental, para além do desconhecer, é também compreender que a ontologia de suas práticas estão enraizadas no modelo biomédico.

Em contraponto a afirmação da entrevistada acima, a equipe de UBS da cidade B pesquisada entende que são responsáveis sim pelo cuidado deste usuário, como podemos acompanhar nesta fala:

*“Vocês entendem que a unidade é responsável por esse usuário? Sim né, no que diz respeito a... Quer falar? R2: Eu acho que como é um processo que vai às vezes por um tempo, não é uma coisa que tem uma data para terminar, eu acho que como a gente falou do olhar integral, a gente acaba sendo responsável, óbvio não por tudo, porque tem uma parte muito grande do próprio paciente que vai agir mas, a gente até para ter... para... Tá, onde é que eu vou procurar se eu tiver uma...”hum, eu vou querer voltar a usar drogas”, onde é que eu posso procurar um ponto mais perto? Eu acho que sim, eu acho que a gente é responsável sim (SIC) - UBS da cidade B.*

Foi possível observar também que os serviços especializados compreendem que há uma rede, uma estrutura de acompanhamento dos usuários nos Municípios pesquisados, no entanto, há uma peculiaridade, nos dois CAPS ad, os profissionais entendem que o cuidado mais próximo, palpável e efetivo se dá pelos mesmos, não houve em nenhum momento uma fala de que designassem o cuidado aos demais serviços, principalmente a AB. Este fenômeno pode se dar pelo fato de os dois Municípios não terem 100% de cobertura de AB, também trabalharem com as equipes mínimas e sobrecarga de população territorial, no entanto, aqui só levanto suposições, visto que este não foi o objetivo aqui a ser trabalhado. Outra situação que será posteriormente trabalhada é a visão que os CAPS ad têm da continuidade do cuidado na AB estar vinculado apenas à manutenção medicamentosa.

Iniciaremos então a discussões sobre o entendimento dos CAPS ad a respeito dos tipos de alta dos referidos serviços, na cidade A, por exemplo:

*“vários tipos de alta, certo? Então a gente mais ou menos define, pode ser uma alta por melhora, então de que realmente né, o tratamento foi se desenvolvendo e realmente se viu melhora suficiente pra não depende, digamos assim do CAPS...” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Outro profissional discute:

*“Porque quando a pessoa, por exemplo, 30 dias sem vir, lógico a gente tenta acompanhar antes né, ela não veio, fazer ligações por telefone ou busca ativa que seria visita domiciliar, enfim ou buscar informações às vezes na unidade básica “ah a pessoa apareceu ou não?”, na rede como um todo no caso né, mas essa alta tendo em vista que a gente não tem informação por 30 dias da pessoa a gente acaba dando alta por abandono né” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Aqui é possível distinguir dois tipos de alta, a alta por ‘melhora’ que corresponde às características já levantadas anteriormente, e a alta por abandono de tratamento, que é determinada por um tempo em que o paciente não se apresenta no serviço, sendo que na cidade B o fenômeno também ocorre:

*“as pessoas simplesmente abandonam o tratamento, e aí a gente acaba tendo que encerrar o PTS dela e assim que ela voltar se retoma, não quer dizer que está fechado para sempre, essa tem sido sempre uma dificuldade de manter a adesão né desses usuários mesmo fazendo a busca ativa, mesmo tendo algumas iniciativas por parte da equipe” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

Durante a discussão sobre os processos de alta dos usuários no CAPS ad, os profissionais colocaram que existe uma versatilidade no entendimento deste seguimento, no sentido de ter diferentes significados, dependendo de cada usuário, como por exemplo, esta situação levantada pela representante da Saúde Mental do município B:

*“quando começam a ter ganho secundário aqui no CAPS né, o vir no CAPS para ele é uma muleta, é dizer “eu sou uma pessoa doente” para família, para sociedade e que na verdade ele não está tendo ganho nenhum, então a alta às vezes é dizendo “olha, você não vai ficar usando essa muleta, você está tendo ganho secundário, você não está tendo ganho real vindo ao CAPS”, então tem situações assim também” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

E também existe a compreensão de que as necessidades de acompanhamento no CAPS ad são um *momentum*, um período que o usuário está necessitando de um acompanhamento especializado, posterior este cuidado e com a evolução do caso, o usuário torna a AB, podendo novamente ter esta necessidade, como citado pelo CAPS ad da cidade B:

*“isso não quer dizer que ele não vá retornar em um mês, em dez dias, em dois anos, em três anos ou nunca mais né, mas é... é mais essa visão, ele está mais estável, estar conseguindo hãh... se manter sem muitos prejuízos” (SIC) - CAPS ad da cidade B; “eu acho que não tem fim né, é, eu acho que cada um tem um tempo que passa pelo serviço né” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Estas colocações são importantes, pois, apresentam o instante em que a integralidade e a singularidade norteiam o processo de cuidado.

Nesta categoria sinalizamos o entendimento das equipes sobre o fim do cuidado, este entendido como alta. Pudemos adentrar aos critérios utilizados para o processo de alta dos usuários, estes amplos e coerentes com a lógica integral e singular de compreender o processo saúde/doença. Ainda descrevemos quais os tipos de alta nos serviços.

### 6.3 AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A presente categoria delineará a rede e os processos de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e CAPS ad dos municípios pesquisados, como também apresentará as problemáticas trazidas pelos profissionais sobre estas redes.

Categoria	Sub-categoria	Unidade de análise
6.3 AS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	6.3.1 Os fluxos de referência e contrarreferência municipais	6.3.1.1 A referência e a contrarreferência
	6.3.2 As problemáticas da rede	6.3.2.1 A comunicação 6.3.2.2 A falta de conhecimento dos dispositivos 6.3.2.3 A descaracterização da instituição 6.3.2.4 O despreparo profissional 6.3.2.5 A falta de investimento na rede de saúde

#### 6.3.1 Os Fluxos de Referência e Contrarreferência Municipais

Nesta subcategoria apresentaremos inicialmente a metodologia utilizada pelos CAPS ad pesquisados sobre o processo de referência e contrarreferência (6.3.1.1) dos usuários. Esse processo é entendido como a organização entre serviços de saúde de uma rede que orienta sua assistência a partir de fluxos, critérios de acompanhamento, e pactuações de funcionamento em cada serviço, para que se possa assegurar a atenção integral aos indivíduos. As diferentes redes devem dispor diferentes níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos entre os equipamentos de saúde (Costa, Ferreira, Xavier, Guerra, & Rodrigues, 2013).

No processo de referência dos usuários do CAPS ad para AB - aqui utilizamos a nomenclatura referência, pois nem sempre esse usuário veio referenciado de algum serviço, visto que o CAPS ad trabalha na modalidade porta-aberta - foi possível observar que na maioria das vezes os profissionais relacionaram a necessidade de referenciar o usuário para AB por um cuidado integral:

*“então às vezes assim, o CAPS está assistindo muitas vezes a questão da substância né, mas existe todo um outro cuidado integral que esse usuário também merece receber né, além do tratamento para álcool e outras drogas” (SIC) - UBS da cidade B.*

Nasi, Cardoso, Schneider, Olschowsky e Wetzel (2009) descrevem que a integralidade no campo da saúde mental está associada ao quebrar barreiras de acesso, deslocando a hospitalização, a medicalização, o isolamento e a perda da autonomia e identidade como forma de intervenção. Os autores referem que se procura a não estigmatização, exigindo que o cuidado ocorra em diferentes espaços, e que se tenha uma prática assistencial que compreenda a subjetividade e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico.

No entanto, existe também um entendimento quanto ao referenciamento relacionado ao cuidado assistencial e não o longitudinal, como podemos observar na seguinte fala:

*“eu acho que é bom pontuar também que nem todos os casos que tem alta é, são encaminhados, destinados à atenção básica, porque normalmente, pelo menos, enquanto experiência o que eu vejo que os casos que são encaminhados à atenção básica são casos que se vinculam a alguma medicação” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Já os profissionais do CAPS da cidade A disseram:

*“tem aqueles que têm o diagnóstico que vão sempre estar precisando do posto de saúde, da medicação, da continuidade do tratamento medicamentoso, aí é a alta para unidade básica de saúde né, essa pessoa já se organizou, já não está em crise, já arrumou um emprego, e aí a gente faz a alta para atenção básica para pelo menos ter periodicamente uma avaliação do médico da unidade básica e também as receitas médicas se necessário né, os medicamentos” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

As falas denotam quão o referenciamento está atrelado a manutenção de prescrição medicamentosa, e não ao acompanhamento do estado geral da saúde e cuidado do usuário, podemos observar da mesma forma acontece com profissionais ambulatoriais:

*“de médico para médico, todas as contra referências que vem para atenção básica, que a gente toma ciência, são contra referências, são escritas de um médico endereçadas para outro médico, não são encaminhadas para as equipes ou para acompanhamento. O que a gente sabe*

*é que acontece também, para a psicologia do pólo, são referenciados também, porque eles precisa continuar o atendimento psicológico, mas não tomamos pé, isso vai direto para a psicologia do pólo” (SIC) - NASF da cidade A.*

A Política Nacional de Atenção Básica refere que a AB se orienta pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Brasil, 2013, p. 19). Neste sentido, a ideia do referenciamento para AB após o processo de alta tem relação à continuidade do cuidado e atenção ao usuário.

Ao responderem sobre a existência de um fluxo de referência e contrarreferência estabelecido no serviço, os profissionais traziam certa ambiguidade de entendimentos, entre obter uma regra de referenciamento ou de não ser algo instituído, como podemos ver nos seguintes trechos:

*“tudo depende do caso sempre, não tem, é na verdade a única regra que tem é quando o paciente veio pra cá e ele ficou estável a gente combina com ele que ele vai ganhar alta, mas que ele vai ser encaminhado para unidade básica, essa é a única regra” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Já os profissionais do CAPSad da cidade A discutiram o tema:

*“P1: quando ele está estável né, organizado né, que ele consegue ter uma organização da vida dele... social né e tudo mais, só que essa alta ele é encaminhado a unidade básica, a unidade básica de origem dele daí. Já o P2 falou: Nem sempre, às vezes não, depende de cada caso” (SIC) - CAPS ad da cidade A; “E: E existe algum protocolo fixo de referenciamento no município ou não? P1: Não. Se existe eu não sei, não conheço P2: A gente acaba criando o nosso próprio protocolo. P3: O protocolo é esse mesmo, referência e contrarreferência, esse documento que é a nível de município” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Neste sentido, o referenciamento fica a mercê do entendimento do profissional e/ou da equipe do serviço quanto à necessidade do mesmo, tornando o processo volúvel. No entanto, é necessário também evidenciar que o processo da rede não é imutável, ele deve ser construído “com base no trabalho vivo de cada trabalhador e equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde, seja em encaminhamentos realizados, procedimentos partilhados, projetos terapêuticos que procuram consistência no trabalho multiprofissional” (Quinderé, Jorge & Franco, 2014, p. 255).

Também existe a ideia de que o usuário pode tomar a iniciativa de procurar a unidade de saúde para manter esse acompanhamento:

*“cuidados de saúde em geral não são exatamente encaminhados, eles né, a pessoa pode acessar o posto de saúde, a unidade básica, é mas não necessariamente são encaminhados para dar sequência ao tratamento, ao cuidado que eles faziam aqui, é então né todos, eu queria pontuar isso, nem todos eu vejo que são encaminhados” (SIC) - CAPS ad da cidade B.*

Aqui queremos levantar a discussão de que se pressupõe que o usuário conhece e entende sobre a rede de cuidados e a função de cada serviço de saúde, como também podemos questionar se a informação do tratamento na unidade especializada não é importante para o acompanhamento na atenção básica. Dentre estas discussões, também tem o desejo do usuário frente a esse acompanhamento:

*“às vezes a pessoa opta por não levar o encaminhamento para atenção básica, né? A gente oferta sempre o encaminhamento né, mas ela também tem a escolha, e muitas vezes a gente percebe que quando às vezes essa retorna, ela não teve acesso também na atenção básica, seja para manutenção de medicação, seja para acompanhamento mesmo na dependência química, então a pessoa também tem essa escolha também né de acessar ou não a atenção básica, por vários motivos né, que a gente escuta” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Está situação pode ser associada ainda a estigmatização e o preconceito já discutidos anteriormente. O contrário também acontece, pelo motivo de o CAPSad trabalhar com a modalidade porta aberta, muitas vezes a AB orienta sobre o cuidado especializado, mas não documenta a situação:

*“eu já referenciei, mas nada documentado, assim, conversando com a família e explicando o porquê teria que ir pro CAPS ad e não para a atenção básica, mas o que eu percebo que é muito difícil esse usuário chegar no ad” (SIC) - NASF da cidade A.*

No tocante ao tema sobre a existência de algum fluxo estabelecido pelo Município sobre este processo, os profissionais do serviço especializado trouxeram o instrumento utilizado no procedimento:

*“Nós temos uma ferramenta dentro no sistema de saúde que a gente usa né, que é informatizada em toda a rede que chama contrarreferência, então normalmente fica com a enfermagem esse papel, mas também pode ser o profissional de referência ou a equipe de referência que vai ali e diz “ó, o paciente teve alta, está nessa e nessas condições, vai permanecer tomando talvez alguma medicação, que vai continuar né, renovando a receita, fazendo consultas na unidade básica, isso deveria e na grande maioria das vezes é feito, como uma comunicação oficial né, a unidade vai receber isso e saber, às vezes a unidade nem sabia que o paciente estava aqui, porque não necessariamente ele vem via unidade porque a gente atende demanda espontânea também né, então às vezes para unidade é uma surpresa, “ah ele teve alta, a gente nem sabia*

*que ele estava lá né”, porque é uma pessoa que às vezes nem usa muito a unidade até por conta do uso do álcool e evita de ir por tudo porque vão dizer que ele é um bêbado e que ele é isso e aquilo né, mas aí assim, essa outra parte que eu acho que é importante, talvez que você realmente queira saber assim, se há um diálogo” (SIC) - coordenação saúde mental da cidade B.*

A situação aqui apresentada é recorrente entre os serviços, como podemos observar desta resposta da outra ponta, a AB:

*“no prontuário eletrônico até a gente tem acesso à essas consultas no CAPS ad, mas é, realmente não tem uma coisa formal, tu acaba meio que por interesse próprio, do profissional, indo lá e vendo como foram essas consultas, assim, se foi realmente, como está o andar... Se teve alguma alta, o que foi oficializado lá no CAPS ad ou como é que vai ser o plano terapêutico deles lá, mas é uma coisa que a gente vai atrás, mas não tem uma coisa formal que vem um documento de volta, de contra-referência” (SIC) - UBS da cidade B.*

A fala da profissional levanta uma discussão já trabalhada em outra categoria, o interesse individual de cada profissional sobre a continuidade de cuidado do usuário, podemos acompanhar na próxima fala apresentada:

*“esse interesse de pedir, de ter essa contrarreferência, para que a gente acompanhe de alguma forma né, como ficou, como foi, como desenrolou, né porque às vezes tu referencia mas depois tu não sabe o desenrolar né” (SIC) - UBS da cidade B.*

A fala também conota a ideia da continuidade do cuidado.

Ao adentrarmos a discussão do referenciamento a AB, temos diversos posicionamentos dos profissionais das UBS, no entanto, as experiências que mais foram manifestadas são negativas, como por exemplo:

*“eu estou há um ano e pouco na Atenção Básica e nunca recebi e nem tenho notícia desse referenciamento da saúde mental para nós, esse retorno não...” (SIC) - UBS da cidade B.*

Outro profissional reforça:

*“eu nunca recebi paciente de CAPS ad, nunca me foi referenciado nada” (SIC) - UBS da cidade A.*

Outro complementa:

*“na realidade a gente não tem nem noção de quais são os pacientes nossos que estão lá, porque já tem uma barreira com eles, que eles não falam” (SIC) - UBS da cidade A.*

Logo em seguida vemos uma discussão entre os profissionais

*“E como funciona quando o usuário ele é referenciado do CAPS ad? P1: Para nós? Estratégia? Quer ouvir a resposta? De 3 anos que eu estou aqui, eu nunca vi uma contrarreferência P2: Eu também não P3: Eu também não (SIC) - NASF da cidade A;*

*“não existe essa contrarreferência, a gente nunca recebeu pelo menos do CAPS ad, mas ficamos sabendo de alguns usuários que fazem o atendimento lá, pela estratégia ou pelo usuário que conta que está fazendo o tratamento no CAPS ad, mas nada formal (SIC) - NASF da cidade A; “eu já vi para equipe, com algumas da psicologia, para isso e aquilo, pra dar continuidade, mas do CAPS II, do ad não tenho conhecimento” (SIC) - NASF da cidade A.*

As falas também evidenciam que não apenas a AB não tem como uma prática instituída o referenciamento, mas os CAPS ad também não adotaram a prática.

Neste mesmo sentido, a situação se repete quando questionado ao NASF sobre a demanda referenciada a AB:

*“a gente não consegue, a gente não fica sabendo de todos esses casos de contrarreferência, porque em geral as equipes não conseguem passar pra nós” (SIC) - NASF da cidade B;*  
*“se há um encaminhamento ou um contra referenciamento em relação a equipe de NASF e em relação aos usuários que são encaminhados pro NASF, hoje objetivamente, não existe isso, o que existe é a ESF identifica o usuário, que vai precisar desse apoio do NASF para fazer a intervenção e a gente articula com o CAPS AD, mas são casos específicos assim” (SIC) - NASF da cidade B.*

As colocações trazem o grande prejuízo do usuário em seu cuidado, no sentido de que se a rede funcionasse como ‘engrenagens’, onde houvesse a lógica de uma linha de cuidado, seria possível responder ao máximo as necessidades de saúde deste sujeito. Neste sentido, Cunha e Campos (2011) trazem o conceito de cogestão do cuidado, este um exercício compartilhado entre serviços. A prática de compartilhar torna-se necessária, pois a gestão ocorre entre sujeitos com diferentes interesses e inserções sociais. A prática implica a coparticipação de todos em todas as etapas do processo e ao mesmo tempo, responsabiliza a todos pela promoção a saúde deste.

Outra problemática apresentada neste processo é que apenas uma cidade é totalmente informatizada, o que traz mais prejuízos ao processo de referenciamento entre serviços. Discutiremos na próxima subcategoria as problemáticas vividas nos serviços quanto a esse processo.

### 6.3.2 As Problemáticas da Rede

Iniciaremos esta subcategoria apresentando as problemáticas mais recorrentes a partir da percepção dos profissionais entrevistados, as unidades de análise são: a comunicação (6.3.2.1), a falta de conhecimento dos dispositivos (6.3.2.2), a descaracterização da instituição (6.3.2.3), o despreparo profissional (6.3.2.4) e a falta de investimento na rede de saúde (6.3.2.5).

Quando questionado aos profissionais durante a coleta de dados sobre a percepção deles quanto aos fluxos de referenciamento entre serviços, o fenômeno mais relevante é a comunicação (6.3.2.1) entre os serviços. Ao adentrarmos a temática nos grupos realizados com a AB, é nos apresentado suas vivências:

*“não sei se é feita de uma forma tão formal assim essa contrarreferência, mas existe discussão de caso né, quando vê a necessidade de um caso específico, tem as reuniões de equipe, tem o matriciamento também através do NASF, então há uma troca de informações através desse contato, não é um contato talvez tão formal com um boletim de contrarreferência e referência, mas existe uma comunicação” (SIC) - UBS da cidade B.*

Podemos observar que existe um movimento entre serviços para dar vida a rede de cuidado, no entanto, as problemáticas de comunicação no dia a dia das instituições interferem nesse processo, como podemos observar na seguinte fala:

*“a gente faz o que dá, encaminhamento, telefone, internet, quando tem carro que dá, as meninas podem ir na unidade mesmo levar o encaminhamento ou encaminhar né... Por visita ou atendimento compartilhado... Por fumaça, por osmose...” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Costa, Ferreira, Xavier, Guerra, & Rodrigues (2013) em sua pesquisa sobre o processo de referenciamento entre serviços de saúde, associam a falha na comunicação como um representante do modelo da fragmentação em saúde.

Na temática da comunicação, os serviços trouxeram o sistema de prontuário eletrônico como um auxílio nesse processo:

*“nesse momento de alta quando ele vai para unidade básica, que faz essa referência que você perguntou, ele é feito via sistema né, então a gente tem pelo sistema, a gente também passa esse encaminhamento” (SIC) - CAPS ad da cidade B;*

*“a gente que olha no prontuário, porque oficialmente nós nunca recebemos essa alta de lá devolvendo para nós o usuário do território” (SIC) - UBS da cidade B.*

Santos, Pereira e Silveira (2017), em seu estudo sobre sistemas de informação em saúde consideraram que a partir das informações compartilhadas, os profissionais de saúde obtinham

auxílio para sua decisão clínica, gerando a diminuição nos erros e acelerando a tomada de decisão por parte dos profissionais.

Quanto a informatização da rede, é necessário entender o quão auxilia na comunicação entre serviços, e neste sentido, é importante frisar que o Município A não tem acesso ao sistema de prontuários eletrônicos nos serviços de especialidade, causando um distanciamento e um prejuízo quanto ao acesso às informações e a mais uma possibilidade de comunicação entre a rede, podemos entender esta situação na seguinte fala:

*“e também o que acaba dificultando também um pouco é porque a gente não é interligado né, pelo [sistema], a gente fica sabendo poucas informações né, muitas vezes a gente vem descobrir depois que acabou passando na unidade, que pegou medicação, aí vem ao CAPS e aí a gente fornece outra medicação, então o que facilitaria também a rede seria ela estar... (SIC) - CAPS ad da cidade A;*

*“eu acho importante o [sistema] né, porque isso facilitaria um monte o nosso trabalho, iria ficar mais ágil também né, o nosso trabalho assim” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

E quando questionados sobre a importância da comunicação entre serviços, a AB levanta os motivos que colocam esse processo como necessário:

*“E: Vocês entendem ser necessária essa comunicação? P1: Ah... Eu acredito que sim, muito mais para o usuário sentir-se integralizado nesta rede de atenção né; P2: Acolhido de volta; P3: Acolhido novamente, porque ele saiu do seu bairro, da sua... do seu ponto de referência da UBS, foi para uma atenção especializada e lá, a parte deles sendo resolvida com aquele paciente né, devolvido, e entregue aos cuidados novamente da sua unidade de referência. O paciente né, além de nós profissionais, eu acredito que o paciente precise desse respaldo né, de devolvê-lo em mãos à unidade que é referência dele (SIC) - UBS da cidade B.*

Neste sentido, ao questionarmos ao NASF sobre a comunicação, este nos exemplifica seu potencial:

*“a partir de diálogos com as equipes de referência discutimos e apresentamos situações de usuários que estavam com atendimento no ad, especialmente, já que é essa pergunta direcionada, discutimos sobre esses casos e o que nós enquanto atenção básica poderíamos propor esse cuidado da contrarreferência ou pensar ações paralelas enquanto o usuário estava sendo atendido pelo CAPS ad” (SIC) - NASF da cidade B.*

O movimento para a comunicação entre serviços requer atenção a situação em que está atuando, não é algo mecânico, é necessário doar-se, assim o NASF demonstra-se apto a esta prática:

*“eu comunico com o CAPS ad mediante a necessidade de discussão de algum caso, quando ligo, tenho o acesso muito bacana, com a maior parte dos profissionais, eles são disponíveis em discutir casos, quando temos casos dos usuários são exatamente disponíveis, quando precisamos referenciar eles, eles são para acolher, mas o que, pode ser um desconforto próprio, mas o movimento tem que ser nosso, dificilmente o movimento vem ao contrário” (SIC) - NASF da cidade A.*

O NASF levanta suas dificuldades frente a demandas que a ESF e outras equipes como os CAPS trazem para a atuação em conjunto:

*“nós atendemos pouco, não é porque tem poucos, mas sim pelo desconhecimento, não chegam até nós” (SIC) - NASF da cidade A; “sobre essa falta de saber mesmo, de conhecer os usuários que estão dentro dos três CAPS, então não existe uma fala dos CAPS” (SIC) - NASF da cidade A.*

A ideia da construção da Rede de Atenção Psicossocial é necessariamente para uma integração entre os níveis de atenção, neste sentido, Mendes (2011) refere que é “por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede” que pode acessar-se a integralidade. No entanto, existem experiências positivas:

*“agora, recentemente estamos com o PTS que está envolvendo nós do NASF e estratégia, CAPS II e ad, então fazemos essa dobradinha nos dois serviços e tal” (SIC) - NASF da cidade A.*

As falas aqui apresentadas demonstram que há uma oscilação entre ‘funcionar’ e ‘não funcionar’ a comunicação na rede, este, muitas vezes porque o fenômeno do trabalho em conjunto não está no hall das atividades financiadas pelo Estado e fomentadas pela Administração Municipal, este é um movimento a partir do compromisso ético dos profissionais e das equipes quanto ao entender que as demandas dos usuários perpassam todos os âmbitos da saúde, como podemos acompanhar pela seguinte fala:

*“somos extremamente cobrados quanto a produtividade, temos que produzir, eles querem volume” (SIC) - NASF da cidade B.*

Ao adentrar as discussões da unidade de análise anterior, foi possível constatar a falta de conhecimento dos dispositivos (6.3.2.2) das redes municipais de saúde entre os próprios profissionais, ao questionarmos a AB sobre o conhecimento do serviço especializado CAPS ad, obtemos as seguintes respostas:

*“pelo que eu sei lá é porta aberta, o paciente vem aqui e a gente não tem o que fazer com esse paciente, direciona ao CAPS, lá eles tem que acolher lá, agora como funciona o fluxo lá dentro a gente não sabe, a gente não tem esse vínculo com o CAPS ad” (SIC) - UBS da cidade A.*

Os próprios profissionais dos CAPS ad trazem a percepção sobre a desinformação na rede:

*“eu acho também que as unidades de saúde não conhecem o serviço do CAPS corretamente, e tem uma visão distorcida daqui e é muito pouco encaminhado das unidades básicas de saúde e quando tu fala o que que é o serviço do CAPS ad as pessoas ficam até atônitas porque não sabem nada sobre, o que que é? Como é que funciona? Quais são os grupos? Com o que que a gente trabalha? Com desintoxicação... (SIC) - CAPS ad da cidade A;*

*“e eles não sabem o que que é o CAPS, então é difícil encaminhar, e em muitas reuniões de matriciamento que a gente vai também se vê muito preconceito para encaminhar para o CAPS” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Para além do conhecimento sobre os serviços de saúde mental, ao falar sobre os processos das redes, Mendes (2011) nos sinaliza que “há um desconhecimento quase generalizado dessas singularidades dos sistemas de atenção à saúde, o que contribui para dificultar, ainda mais, sua gestão e, conseqüentemente, o alcance de seus objetivos” (p. 356).

Para além do entendimento do serviço e seu fluxo, é constatado que a concepção dos critérios para acompanhamento e lógica de trabalho não estão claras para muitos profissionais da rede de saúde, como podemos ver na seguinte fala:

*“acho que não tem o matriciamento e daí pergunta na alta se está abstinente ou não, e aí quando recebe ele lá, aí fala “ah mas ele ainda está fazendo...”. Mas aí é o entendimento daquela questão de alta, qual o objetivo dele? Aí é nesse sentido que eu percebo que não tem tanto conhecimento em relação né? Pode até saber que tem o CAPS e que trata droga, digamos assim, mas na abstinência, e tem o encaminhamento pras comunidades, é então muito nesse sentido, é muito forte ainda, não são todas né, mas boa parte” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Desconhecer os preceitos dos serviços inviabiliza também o acesso ao usuário, visto que, em sua maioria, não é nem cogitada a ideia de acionar o serviço adequado.

As equipes de NASFs percebem também que há pouca tolerância com usuários com perfil de CAPS ad:

*“eu percebo que é muito difícil para os profissionais lidarem e entenderem um parâmetro muito horizontal como os usuários do CAPS II, por exemplo, que são os transtornos graves, em geral eles vão trazer para nós, os transtornos graves, com mais preocupação e fundamentação, com mais eficácia do que os usuários de ad, só uma percepção” (SIC) - NASF da cidade B.*

A dificuldade levantada pela equipe NASF fundamenta-se na fala seguinte, proferida por uma profissional da ESF:

*“não gosto de trabalhar com esse tipo de paciente, eu acho bem complicado, acho que é uma família que está todo mundo comprometido” (SIC) - UBS da cidade A.*

Entendendo a lógica posta anteriormente, adentramos a outra categoria de análise, a descaracterização da instituição (6.3.2.3), aqui discutiremos o quão é importante esclarecer o “modus operandi” das equipes, como também a racionalização que baliza as ações em saúde. O movimento que resultou no Sistema Único de Saúde denominado reforma sanitária teve como norteador o entendimento que o processo de saúde e doença se dá através da determinação social da saúde, considerando o ser humano indivisível e então atuando de forma integral, do mesmo modo se dá a reforma psiquiátrica, está balizou as ações em saúde mental no Brasil desde a década de 1980. As leis advindas dos referidos movimentos, Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 10.216/2001 norteiam não apenas o formato físico das instituições de saúde, mas a lógica ao fazer saúde e neste sentido aqui levanto a discussão de como estão postas a prioridades da gestão de saúde dos Municípios pesquisados. Podemos verificar a partir da fala da profissional as imposições:

*“é que na atenção básica a gente tem uma demanda de tudo, porque tudo é responsabilidade nossa, e a gente está cada vez com menos funcionários e mais exigência de um monte de coisa, entendeu? É que na verdade, está perdendo um pouco do perfil né, eu acho que a estratégia saúde da família a tendência, pelas características das novas portarias que estão saindo, do jeito que vai ser o financiamento, tudo vai ter modificação né, eu acho que a gente vai ficar mais centrado em cada vez menos visitas, mais centrado em consulta ambulatorial né, vai ser por produtividade, vai ter metas para alcançar, então você vai ficar focando nessas metas, e daí nas metas aí eu não sei onde vai ficar o usuário de droga, tá? Eu sei que tem de preventivo, tem de hipertenso e diabético, tem de pré-natal, tem das crianças, mas eu acho que a saúde mental ela entra assim, saúde mental, e daí você está colocando que tem não sei quantos pacientes, que fez uma consulta aqui e outra ali, que na verdade as consultas vão acabar girando em cima muito mais de fazer prescrição né, e manutenção dessas medicações que eles usam bastante, na verdade é o que a gente mais faz” (SIC) - UBS da cidade A.*

Neste mesmo sentido, é nos colocado a dificuldade da manutenção da equipe NASF-AB:

*“você sabe que não tem mais financiamento para NASF né?” (SIC) - UBS da cidade A.*

A fala retrata a situação da equipe multiprofissional. Ao ser instituída a equipe de apoio às ESF's, Portaria nº 154/2008, havia um estímulo aos municípios para adesão através de financiamento específico, no entanto, gestões transitam e é descontinuado o fomento. A partir da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Portaria nº 2.979/2019 que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária revogando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017, a equipe NASF-AB deixa de ser incentivada e passa a descaracterizar-se.

A ideia de responsabilizar a AB por em média 80% dos agravos em saúde (Brasil, 2013) permanece, mas a retaguarda para as equipes se dilui, e neste sentido traz a sobrecarga e exaustão dos profissionais, demonstrarei através das próximas falas a realidade vivida nos Municípios pesquisados, considerando ainda que os mesmos mantiveram suas equipes NASF-AB:

*“temos uma considerável descaracterização de ESF” (SIC) - NASF da cidade B;*

*“então essa mesma lógica que estamos trabalhando hoje, em algum momento ela já foi fragmentada” (SIC) - NASF da cidade B;*

*“sem contar também, a descaracterização da ESF, como ela falou, que muitas das equipes acham que tem que ser ambulatório, a própria administração exige que sejam assim” (SIC) - NASF da cidade B;*

*“e com equipes reduzidas, ou seja, como é que eu vou fazer ESF, ações ampliadas de saúde, se eu estou com equipe reduzida e que eu preciso fazer as consultas, acabar com a fila de espera e de exames, tudo mais que tenho que fazer dentro da unidade. Então, essas articulações que são extremamente necessárias acabam se perdendo nesse ritmo e perspectiva de trabalho” (SIC) - NASF da cidade B.*

Assis, Sousa, Silva e Pereira (2020) assinalam que as mudanças ocorridas na nova Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2017, juntamente com os incentivos financeiros e as avaliações por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), resultam no trabalho sob a lógica da produtividade, na cobrança por números de consultas e visitas domiciliares, não mais valorizando atividades coletivas com foco na promoção à saúde. Os autores sinalizam ainda que a produtividade tem forte conexão com as ações de caráter biomédico e enfraquecem a racionalidade da ESF.

Para além do fluxo e da demanda, a episteme da práxis também é colocada em cheque:

*“a gente pede bastante apoio do NASF, ele nos dá bastante apoio, só que assim, é um apoio que ele não é contínuo né, o NASF ele tem uma característica que ficou meio complicada eu acho para atenção básica, porque ele não assume o paciente né, aí assim o que acontece que a gente conseguiu mais com o NASF é quando tem grupo assim que daí eles entram no trabalho*

*de educação em saúde e tal, mas assim, em um lugar onde a gente tem uma demanda grande de que precisava bastante de vários profissionais, de fono, de fisioterapeuta, de psicólogo né?” (SIC) - UBS da cidade A.*

A fala da profissional elucida duas situações, a primeira tem a ver com a grande e diversificada demanda da ESF com equipes mínimas para responder às necessidades de saúde de seu território. E a segunda, relacionada à ideia assistencial das equipes NASF-AB, como podemos acompanhar pela seguinte colocação:

*“essa perspectiva de atendimento ambulatorial e o quanto isso também interfere no trabalho enquanto NASF, então a gente busca, quando a gente diz, que a gente busca empoderar a ESF para que eles se apropriem daquele espaço comunitário e entendam o trabalho de ESF de modo ampliado. Então, são duas perspectivas que se chocam quando tu vê uma realidade difícil como que está hoje, a gente entende que seria extremamente necessário, a gente se apropriar desses pacientes que vem do CAPS AD do território, para que a gente pudesse fazer um trabalho ampliado de saúde. Porém, tem todos esses percalços que meus colegas já colocaram, que interferem diretamente no trabalho, enquanto ESF, do NASF e do CAPS AD, quando a colega fala sobre equipes reduzidas, não estamos falando somente dessas mudanças que tiveram no próprio NASF, nas EFS e nos CAPS também, então tudo isso, fora as perdas de direitos que já foram comentados” (SIC) - NASF da cidade B.*

A descaracterização se dá de diversas formas e nos é exemplificada algumas situações:

*“fica difícil de fazer alguma coisa quando está com falta de profissional lá, precisa que eles (AB) estejam presentes nas ações e também o fato de que eles não entendem o NASF” (SIC) - NASF da cidade B.*

Da mesma forma, os profissionais conseguem analisar o que traz prejuízos para as equipes:

*“os contratos frágeis de seletivos que vivemos até então” (SIC) - NASF da cidade B.*

Para além do formato da contratação e a frequente troca de profissionais levantada pelos entrevistados, o despreparo profissional (6.3.2.4), foi evidenciado, podemos acompanhar através da seguinte fala:

*“acho que também a gente trabalha às vezes com a insegurança nossa profissional, então que nós deveríamos ser mais capacitados, ter mais possibilidades de capacitações diversas né, todo mundo aqui tem que procurar por conta própria as suas capacitações” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Ao adentrarmos a categoria de análise referente ao despreparo dos profissionais de saúde, é necessário evidenciar alguns aspectos, inicialmente a de que durante a própria graduação há pouco investimento para aprender a lidar com as diferentes demandas do serviço público de saúde e ter um olhar ampliado quanto ao entendimento das políticas públicas, ainda há a característica de ‘caixinhas’ e pouco se discute quanto a saúde mental coletiva nos mais variados cursos. Outro aspecto a se considerar é o formato imposto através dos concursos públicos e processos seletivos muito pouco qualificados e direcionados a própria atuação dos cargos dispostos, resultando, muitas vezes, na aprovação de pessoas despreparadas o trabalho. Ainda sobre o despreparo profissional, é necessário destacar o pouco investimento individual e organizacional referente a educação continuada e capacitações, neste sentido, direcionado ao objetivo geral da presente pesquisa, um profissional declara:

*“então que a gente precisa estar estudando muito, trabalhando em equipe, revendo, para realmente não institucionalizar o usuário aqui dentro” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Costa, Ferreira, Xavier, Guerra, e Rodrigues (2013) referem que existem obstáculos para a construção de um trabalho em equipe participativo,

*“a valorização social diferenciada entre as diferentes categorias profissionais disciplina as relações de subordinação entre os trabalhadores; as falhas no processo de formação profissional; a inadequação na organização e nos processos de trabalho” (p. 288).*

Estas situações resultam na ausência de segurança profissional, articulação e integração no trabalho em equipe, o que desencadeia a descontinuidade do cuidado e a fragmentação da assistência à saúde.

E por fim, é necessário discutir a falta de investimento na rede de saúde (6.3.2.5), pois é a partir da estruturação dos serviços que se faz um trabalho integral, que responde às necessidades de saúde dos usuários e não sobrecarrega os profissionais. Neste sentido, trarei aqui algumas colocações dos pesquisados:

*“então, as nossas referências que fragilizam em caso de uma desintoxicação, que fragilizam os movimentos e suportes familiares ou redes de apoio, fragilizam inclusive na decisão do usuário desse processo de tratamento” (SIC) - NASF da cidade B.*

A fala da profissional do CAPS ad traz a dificuldade de gerir a crise, de ter a referência de um serviço apropriado e digno, os municípios de Santa Catarina contam com apenas um serviço no Estado de referência para situações de internação de curta permanência, e neste sentido, na sua maioria das vezes não conseguem vaga e orientam serviços particulares. Neste mesmo sentido, os profissionais discutem a situação:

*“os hospitais que temos aqui são particulares, eles não se dispõem a abrir leitos psiquiátricos e quando se dispõem, os médicos que existem no município elevam muito a hora, então não se chega a um consenso de implementação desses espaços estruturais e de profissionais que possam estar à frente” (SIC) - NASF da cidade B.*

Outro profissional discute:

*“as residências terapêuticas, que alguns casos poderiam dar um suporte, dependendo da situação a gente não tem, as alas psiquiátricas a gente não tem, vivemos numa região aqui bastante preconceituosa, bastante. Não é à toa, que os altos índices de suicídios e violência contra mulheres são elevadíssimos em detrimento ao parâmetro nacional das cidades menos violentas, só matamos de outras formas” (SIC) - NASF da cidade B.*

A situação aqui apresentada demonstra um desinteresse Municipal quanto ao investimento na área da saúde mental, mas também traz à tona a política nacional de desmonte do SUS que está se evidenciando nos últimos anos, fato este, representado pela Emenda Constitucional (PEC) 95, que congela os ‘gastos’ em saúde e inviabiliza as premissas do sistema de saúde, como também, impacta diretamente nas políticas de saúde mental (Delgado, 2019). Outra colocação dos entrevistados sobre sua percepção da rede de saúde mental:

*“mas a gente percebe que falta esses dispositivos né? Seja CAPS AD III, ou residencial, ou unidade de acolhimento, então acho que se for para acrescentar alguma coisa, acrescentar a crítica né, de como isso influencia muito no nosso trabalho, e a gente não tem” (SIC) - CAPS ad da cidade A.*

Esta fala revela quantos dispositivos auxiliaríamos no cuidado, na AB, por exemplo, organizar as equipes para toda a comunidade respeitando o número máximo para cobertura, equipes de matriciamento de NASF-AB para todas as equipes ESF, Consultório na Rua para alcançar todos os usuários, serviços de média complexidade como os CAPS necessários para a demanda municipal e a alta complexidade contando com leitos em hospitais gerais de suas próprias cidades. Martinhago e Oliveira (2015) referem que uma das problemáticas encontradas quanto ao processo de desinstitucionalização é a falta de dispositivos na rede, pois, muitas vezes o usuário advindo de uma longa hospitalização e abandono familiar necessita de um local apropriado, como um residencial terapêutico, este, por exemplo, quase inexistente nas redes municipais de saúde de Santa Catarina.

Nesta categoria discutimos as redes encontradas nas cidades pesquisadas, seus fluxos e suas problemáticas. Pudemos perceber que as dificuldades citadas não se diferenciavam entre as diferentes cidades, a comunicação entre serviços, a falta de conhecimento da rede, o despreparo profissional, e a descaracterização das instituições pelo desmonte das políticas

públicas, pela falta de investimento em saúde e pelo avanço neoliberal no país, são problemas que afetam as duas cidades pesquisadas e trazem angústia aos profissionais.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo foram apresentados e discutidos a partir de um posicionamento epistemológico pautado no modelo das determinações sociais em saúde, modelo este que enxerga a integralidade em saúde, tanto no que tange ao usuário, quanto no que se refere à organização dos serviços. Tivemos como base os princípios do movimento antimanicomial e da desinstitucionalização.

A proposta desta pesquisa foi responder, ou ao menos, chegar o mais próximo da resposta dos seguintes questionamentos: a) “os CAPS conseguiram se colocar, de fato, como instrumentos de desinstitucionalização da loucura e dos problemas relacionados ao uso de drogas?” Inicialmente, essa pergunta descarrega uma responsabilidade colossal sobre o serviço, visto que, desde o início do processo da reforma psiquiátrica, no Brasil e no mundo, a incumbência sobre uma prática de base territorial, que promovesse autonomia, que trouxesse cidadania aos usuários é de toda uma rede substitutiva aos manicômios, não somente de um serviço como o CAPS. Serviço este, que no Brasil, foi visto primeiramente como coordenador do cuidado, mas ao aprimorar a metodologia do cuidado em rede, tomou um posicionamento de igual para com os demais serviços, visto que, através do olhar da integralidade, todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial tem o mesmo compromisso sobre o cuidado e a saúde, incluindo aqui a Atenção Básica.

Ao analisar os dados obtidos, também foi possível compreender que existem várias problemáticas envoltas sobre o processo da desinstitucionalização, referentes ao processo de conhecer e entender a lógica imposta, isto em todos os serviços de saúde de ambas as cidades. Este dado coloca em cheque a disseminação da proposta de mudança no cuidado mais territorial, focado no sujeito e não na doença, ao implicar o sentido do trabalho a partir da atenção psicossocial.

Outro ponto importante nos dados deste estudo é que existem tecnologias que promovem a desinstitucionalização, como os instrumentos já instituídos no fazer profissional, como o Projeto Terapêutico Singular e o trabalho no território, estes existentes nos diferentes níveis de atenção das duas cidades pesquisadas. Contudo, as problemáticas impostas pelos pesquisados, de ambas as cidades também, trazem o quanto ainda está enraizado o pensamento

estigmatizador e excludente da sociedade, o papel da instituição família como essencial ao desinstitucionalizar, o preconceito com o usuário de álcool e outras drogas, que ainda está muito associado a desonestidade, malandragem entre outras características depreciativas. Outra situação apontada por ambos CAPS ad, é a postura do usuário no serviço, uma postura submissa, no entanto, também apareceu o dado de que os profissionais se colocam como inteiramente ‘responsáveis’ pela mudança no quadro de saúde dos usuários, demonstrando incoerência, neste sentido, se ao se responsabilizar o usuário é excluído, é inevitável que o sujeito não se posicione nesta relação. O dado referente a dificuldade de trabalhar a desinstitucionalização por não ter uma rede composta por todos os serviços é trazido por ambas as cidades, e, neste sentido, demonstra o quão importante é o apoio intersetorial para o sucesso.

Ao discutirmos o processo da cronificação dos usuários, obtemos os seguintes dados, também de ambas as cidades, referentes à percepção dos profissionais de como o usuário que não está aberto para transformar sua realidade, ‘já acostumou’ com o serviço, dificultando por sua vez, trabalhar a autonomia neste sujeito, por não percebe a rede como um local possível de mediação. Ainda, por conta da frágil vinculação não percebem o momento que o usuário já tem ferramentas para prosseguir em outro serviço. A própria instituição que, muitas vezes, se percebe como a ‘salvação’ do usuário e sem ela este não conseguirá ter qualidade de vida, a rede que, muitas vezes, é falha e assistencial, não se responsabilizando pelo cuidado. E ainda, em meu ponto de vista, o ponto crucial deste nó, o Estado que hoje privilegia políticas institucionalizantes e práticas incoerentes com a reforma psiquiátrica.

Ao discutir o manejo destes casos, ficam evidentes também as falhas na formação profissional, na qualificação dos serviços e no trabalho efetivamente em rede, demonstrando como as práticas na saúde mental ainda estão, muitas delas, baseadas no modelo biomédico, sem conseguir fazer o corte epistemológico e técnico necessário para a consolidação dos processos de desinstitucionalização como preconiza a Reforma Psiquiátrica.

Outra pergunta que nos fizemos foi: “Como se estruturaria uma articulação dos dispositivos da saúde mental com a AB que possibilitasse um referenciamento do cuidado do usuário em seu contexto territorial comunitário?” A esta podemos trazer a ideia que somente através da apropriação do sentido de desinstitucionalizar será possível articular os serviços para o cuidado territorial, é necessário que se construa uma rede que consiga lidar com as diferentes necessidades, visto que, nos municípios pesquisados, com redes estruturadas de forma muito próxima, ainda necessitam da criação de serviços já previstos pelas portarias nacionais, mas que o município não habilitou. Esta situação traz uma lacuna no cuidado e dificulta o trabalho em rede. Outra necessidade é a ampliação e melhoria na comunicação destes serviços, no

conhecimento e entendimento de rede, na articulação e no matriciamento dentre estes, só a partir da melhoria neste ponto que seria possível efetivar o cuidado no território.

E por fim, a última pergunta: “Os demais pontos da RAPS conseguem se articular para o trabalho desinstitucionalizante?” Em especial, as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas acabaram por ocupar um importante lugar neste cenário da Reforma Psiquiátrica, pois com os altos índices epidemiológicos, estas passaram a ocupar lugar de destaque nas demandas da Atenção Psicossocial, dando aos CAPSad uma importância nos desafios do cuidado e reabilitação psicossocial destes usuários. A este questionamento, podemos responder através dos dados que o principal dificultador da articulação do cuidado do usuário de álcool e outras drogas é o preconceito e o estigma, que ainda é muito presente na população em geral, mas também entre os profissionais dos serviços de saúde.

Este estudo possibilitou para os participantes a condição de discutir e refletir frente a desinstitucionalização, princípio tão importante das transformações da lógica manicomial, voltando-se para uma reflexão mais aprofundada sobre suas práticas cotidianas em saúde mental. Por sua vez, possibilitou à pesquisadora ampliar o entendimento sobre o processo de desinstitucionalizar, perceber as fragilidades vivenciadas e as possibilidades que ainda fazem com o que o processo aconteça.

Sugere-se estudos mais aprofundados frente à formação e preparo dos profissionais sobre os desafios da desinstitucionalização, assinalando a necessidade de formação permanente dos serviços para com este processo. Indica-se ainda a necessidade de melhorias nas comunicações entre serviços de saúde, instituindo de maneira mais clara os processos de fluxo e contrafluxo em saúde mental na rede. Faz-se necessária também uma leitura mais minuciosa das necessidades de implementações institucionais em cada município.

Por fim é importante enfatizar que, ao escolher duas cidades com características de rede próximas, obteve-se dados semelhantes em quase todos os aspectos pesquisados, no entanto, a cidade B demonstrou estar mais articulada frente ao trabalho integral, podendo ser atribuído ao fato de que a Atenção Básica apresentou melhor preparo e ações fundadas na epistemologia da determinação social da saúde.

Este trabalho traz algumas limitações, entre elas, a importância de compreender os processos de desinstitucionalização também do ponto de vista do usuário, que daria uma visão mais ampla do fenômeno, mas que por questões da ordem de tempo disponível para o trabalho, não foi possível contemplar aqui nesta dissertação, ficando em aberto como sugestão para um futuro trabalho. Outra limitação poderia ser o de ter estudado um número pequeno de cidades e explorado estruturas de RAPS semelhantes, que dificulta compreender melhor como o investimento na organização dos serviços impactam práticas de transformação da racionalidade

técnica e de implementação das políticas públicas baseadas no modelo biomédico ou de saúde integral coletiva. Esta ampliação também ficou prejudicada pelo tempo disponível e pode ficar como sugestão para futuros trabalhos.

## 8. REFERÊNCIAS

- Amarante, P. D. de C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2.
- Amarante, P. D. de C. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 120p.
- Assis, B. C. S., Sousa, G. S. de., Silva, G. G. da., Pereira, M. O. (2020). Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health* 12(6). DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>
- Associação Brasileira de Saúde Mental (2017). *Nota de Repúdio do Conselho Nacional de Direitos Humanos contra a Desfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas*. Brasília. Recuperado de: [http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=362](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=362) Acesso em: 15/10/2018
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Brasil. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) Acesso em: 28 de agosto de 2018
- Brasil. (2013). Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. de S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública [online]* 23(2), pp.399-407. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Caregnato, R. C. A. & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, 15(4). Florianópolis p.679-684. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
- Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, 30(3), p. 285-93.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Conselho Federal de Psicologia (2017). CFP repudia mudanças na política de saúde mental. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental/> Acesso em: 26 de setembro de 2018
- Constantinidis, T. C. (2017). Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro?. *Psicologia USP* (28)1, p. 23-32. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150114>.
- Costa, S. de M., Ferreira, A., Xavier, L. R., Guerra, P. N. de S. & Rodrigues, C. A. Q. (2013). Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev. APS*. 16(3), p. 287-293.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. de S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc. São Paulo* (20)4, p.961-970.
- Dal Poz, M. R., Lima, J. C. de S., & Perazzi, S. (2012). Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (22)2, p. 621-639, Rio de Janeiro.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17/2. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Diário Oficial da União, nº 245. (2017). Recuperado em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>.
- Faria, J. G., & Schneieder, D. R. (2009). O perfil dos usuários do CAPSad Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade* (21)3, p. 324-333.

- Figueiredo, A. C. (2008). Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Saúde Mental (1)*1, p. 63-69, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (1989). *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa (33)*1, p. 151-161, São Paulo.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goffman, E. (1980). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Gondim, S. M. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: Desafios metodológicos. *Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação, 12*(24), 149-161.
- González Rey, F. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos*. São Paulo: EDUC.
- González Rey, F. L. (2004). Sobre a Rede de Significações, o Sentido e a Pessoa: uma Reflexão para o Debate. In: Ferreira, S. R. & Amorim, K. S., (orgs). *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(2), p.201-209. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>.
- Kinoshita, R. T. (2001). *O outro da Reforma: contribuições da teoria da aupoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. Tese de doutorado Universidade Estadual de Campinas. Campinas - São Paulo.
- Lacerda, C. de B., & Fuentes-Rojas, M. (2017). Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online] 21*(61), pp. 363-372. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>>.

- Lechopier, N. (2015). Quatro tensões na saúde pública. *Estudos avançados*, 29(83), p. 209-231. DOI 10.1590/S0103-40142015000100011.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, p. 2. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivII\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivII_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm) Acesso em: 30 de agosto de 2018.
- Lima, E. M. F. de A., Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Rio de Janeiro: Saúde Debate* (38)102, p. 593-606. DOI: 10.5935/0103-1104.20140055
- Lyra, M. A. A. (2007). Desafios da saúde mental na atenção básica. *Cadernos IPUB*, 24, 57-66.
- Marcantonio, J. H. (2010). A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. *Psicólogo inFormação* 14(14). DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v14n14p139-159>
- Martinago, F., & Oliveira, W. F. de (2015). (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade [online]* 24(4), p. 1273-1284. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136741>>.
- Mattos, R. A. de. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 771-780. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde p. 549.
- Minayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa. SP* 5(7), p. 01-12.
- Ministério Público Federal & Procuradoria Federal dos direitos do cidadão. (2017). *Nota pública PFDC acerca da proposta de alteração da política nacional de saúde mental*. Recuperado de: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do>

mpf/nota-publica-gt-saude-mental-pfdc-modificacao-de-diretrizes-das-politicas-de-saude-mental-2017 Acesso em: 26 de setembro de 2018.

Ministério da Saúde (2002). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde Portaria n.º 336. Brasília.

Ministério da Saúde. (2017). Saúde Mental veta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e amplia rede de atenção. Recuperado de: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42176-saude-mental-veta-ampliacao-de-leitos-psiquiatricos-em-hospitais-especializados-e-amplia-rede-de-assistencia>. Acesso em: 26 de setembro de 2018.

Onocko-Campos, R., Furtado, J. P., Trapé, T. L., *et al.* (2017). Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate [internet] 41(esp)* p. 71-83, Rio de Janeiro.

Pande, M. N. R., Amarante, P. D. de C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4) p.2067-2076.

Pinheiro, D. E. V., Da Costa, J. S. L., & Rocha, J. M. (2020). Mal-estar e sociedade: a drogadição em questão. *Brazilian Journal of Development*, 6(11) p.86612-86619.

Política Nacional de Atenção Básica (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2018.

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 30 de agosto de 2018.

Portaria n.º 2.840/GM, de 29 de dezembro de 2014. (2014). Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840\\_29\\_12\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html) Acesso em: 30 de agosto de 2018.

- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis Revista de Saúde Coletiva* 24(1), p. 253-271, Rio de Janeiro.
- Resolução CIT Nº 32 de 14 de dezembro de 2017. (2017). Recuperado de: [http://www.lex.com.br/legis\\_27593248\\_resolucao\\_n\\_32\\_de\\_14\\_de\\_dezembro\\_de\\_2017.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx)
- Rotelli, F., Leonardis, O. de, & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli, F., Leonardis, O. de, Mauri, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Rotoli, A., Silva, M. R. S. da, Santos, A. M. dos, Oliveira, A. M. N. de, & Gomes, G. C. (2019). Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Escola Anna Nery*, 23(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0303>
- Santa Catarina (2003) *ABC Redução de Danos*. Florianópolis: SES.
- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2011). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v. 8(3), p. 387-406, Rio de Janeiro.
- Santos, T. O. dos, Pereira, L. P., Silveira, D. T. (2017). Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* 11(3). <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v11i3.1064>.
- Schneider, D. R. (2013). As Redes de Atenção. In: Lopes, M., Lemos, T., & Schneider, D. R. *Manual para formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas*. Florianópolis: Letra Editorial.
- Schneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: Murta, S. G. et al. *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Silva, L. L. P., Almeida, A. B., & Amato, T. C. (2019). A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. *Saúde Debate* 43(122), P. 819-835, Rio de Janeiro.
- Szasz, T. (1971). *A fabricação da loucura*. Editora Zahar.
- Trevisan, E. R., & Castro, S. de S. (2019). Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas: perfil dos usuários. *Saúde Debate* (43)121, p. 450-463, Rio De Janeiro.

- Vasconcelos, E. M. (2010). Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: Vasconcelos (Coord.), *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Venturini, E. (2016). *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Vieira, A. R. B. (1981). Organização e saber psiquiátrico. *Rev. adm. empres. [online]* 21(4), p. 49-58. ISSN 0034-7590. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901981000400005>.
- Yasui, S. (2006). Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

## 8. APÊNDICES

### 8.1 Apêndice A

#### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

##### Roteiro de Entrevista:

- O que você entende por desinstitucionalização?
- O que você entende por cronificação do estado do usuário?
- Qual o fluxo de trabalho no seu serviço?
- Quais são os acordos internos ou protocolos para o acompanhamento dos usuários no serviço?
- Como funciona o processo de desligamento do usuário do seu serviço?
- Quais condições de saúde são necessárias para o encaminhamento para AB?
- Qual o fluxo de trabalho na rede de saúde do Município? Existe comunicação entre os serviços?

## 8.2 Apêndice B

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Estado Civil:
5. Profissão:
6. Tempo de serviço em saúde:
7. Tempo de trabalho na instituição:

### 8.3 Apêndice C

#### ROTEIRO GRUPO FOCAL

Questão disparadora:

- O que vocês entendem sobre desinstitucionalização?

A partir disto:

- Existe um caso de sucesso no processo de desinstitucionalização realizado pelo serviço?
- Existe algum caso que vocês tem dificuldade de trabalhar a desinstitucionalização?

## 8.4 Apêndice D

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) na pesquisa intitulada “*Os processos de (des) institucionalização de usuários de CAPSad: cronificação ou inserção em redes?*”. O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de desinstitucionalização de usuários de CAPSad e suas contradições na perspectiva dos profissionais de saúde. Será conduzida pela mestrandia Priscila Tomasi Torres, sob responsabilidade da Prof<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste termo é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique todas as folhas e assine ao final deste documento, com as folhas rubricadas pelo pesquisador, e assinadas pelo mesmo na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Caso concorde com este termo você irá responder uma entrevista ou participar de um grupo focal, que será gravado e transcrito na íntegra para análise dos dados. Os dados serão utilizados apenas para essa pesquisa e ficarão armazenados por pelo menos cinco anos, em sala e armário chaveados, de posse da pesquisadora responsável, podendo ser descartadas (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo. Informamos que a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua

participação em pesquisa. Ressaltamos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa, mas, em caso de despesas com transporte e/ou alimentação, decorrentes da participação da pesquisa, você será ressarcido integralmente pelos pesquisadores. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisa poderá oferecer um desconforto gerado pelo tempo despendido na aplicação da entrevista, ou constrangimento de falar sobre aspectos de seu próprio trabalho entre colegas de serviço, divulgação de dados confidenciais (Por exemplo, RG/ CPF registrados no TCLE). As medidas que serão adotadas frente aos riscos são: minimizar possíveis desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder a alguma das questões; preparo da pesquisadora para o uso do método de coleta dos dados, bem como para possíveis sinais verbais e não verbais de desconforto; garantia de não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras); assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. O estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa. Suspensão e ou, interrupção imediata da entrevista caso haja desconforto pelo tempo necessário para a entrevista, sem perdas e ou prejuízos aos sujeitos participantes. Caso isso ocorra, a entrevistadora (que é psicóloga) estará apta a oferecer atendimento psicológico gratuito ou lhe encaminhará para acolhimento psicológico com a pesquisadora responsável (também psicóloga), caso você manifeste desejo.

A participação na pesquisa contribuirá no alcance de resultados dentro dos assuntos propostos, colaborando desta forma no conhecimento sobre os processos de desinstitucionalização propostos pela Reforma Psiquiátrica. Após conclusão da análise dos dados obtidos, será realizada uma devolutiva ao participante através de um convite por contato telefônico para o agendamento da data para esta devolutiva.

A pesquisa será realizada no período a ser marcado na qual serão feitas perguntas que você responderá, destacando suas percepções acerca de questões voltadas à temática e os dados informados serão mantido em sigilo, no caso de publicação deste material. A qualquer momento, você está livre para retirar o consentimento desta pesquisa, sem que esta cause prejuízo algum. A aceitação na participação desta pesquisa não está vinculada a nenhum tipo de remuneração, mas sim de um voluntariado na coleta de dados.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira maiores explicações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Daniela Ribeiro Schneider, responsável por este estudo, através do telefone: 48 99717762; do e-mail danischneiderpsi@gmail.com ou pessoalmente no endereço PSICLIN – Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Universitário – Trindade – Caixa postal 476, Sala 214 – Bloco D – CFH - 88040-900 – Florianópolis – SC – Brasil. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48)3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, bairro Trindade.

#### Declaração de consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “*Os processos de (des) institucionalização de usuários de CAPSad: cronificação ou inserção em redes?*”. Estou ciente que receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Pesquisador: Priscila Tomasi Torres

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: Daniela Ribeiro Schneider

Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante da pesquisa:

Assinatura: \_\_\_\_\_