



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL - PROCISA

RODRIGO SCALABRIN

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À  
PARTIR DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO

BOA VISTA – RR

2019

**RODRIGO SCALABRIN**

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À  
PARTIR DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração: Diversidade Sociocultural, Cidades e Modelos de Atenção na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.

BOA VISTA – RR

2019

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

S281r Scalabrin, Rodrigo.

Rede de atenção psicossocial : estudo do itinerário terapêutico à partir dos usuários do serviço / Rodrigo Scalabrin. – Boa Vista, 2019.  
74 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Roraima,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA.

1 - CAPS. 2 - RAPS. 3 - Saúde mental. 4 - Sofrimento psíquico.  
I - Título. II - Camargo, Calvino (orientador).

CDU - 616.895

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista:  
Maria de Fátima Andrade Costa - CRB-11/453-AM

**RODRIGO SCALABRIN**

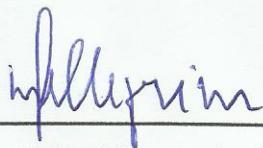
**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À  
PARTIR DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção na Saúde. Defendida em 31 de maio de 2019 e avaliada pela seguinte banca examinadora:



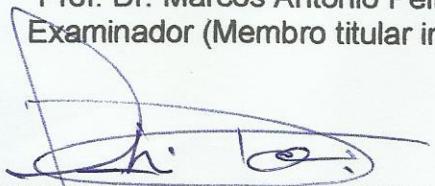
---

Prof. Dr. Calvino Camargo – PROCISA / UFRR  
Orientador e Presidente da Banca



---

Prof. Dr. Marcos Antônio Pellegrini  
Examinador (Membro titular interno)



---

Prof.ª. Dr.ª. Madiana Valéria de Almeida Rodrigues  
Examinadora (Membro Titular externo)

Esse estudo é dedicado às pessoas  
com transtornos mentais, aos  
usuários de CAPS e trabalhadores  
em saúde mental no Brasil. À luta  
antimanicomial e seus protagonistas

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus grandes amores da vida: Ana Maria, minha esposa; e Lucas Augusto, meu filho. Por estarem sempre ao meu lado me apoiando e dando força. Também aos meus pais, por possibilitarem minha existência e terem me ensinado a **ser** humano.

Ao professor orientador, Dr. Calvino Camargo, pela longa caminhada ao meu lado orientando e construindo juntamente comigo este trabalho, assim como aos professores Dr. Pellegrini e Dr<sup>a</sup>. Madiana, pela disponibilidade em contribuir também para a construção e realização desse estudo.

Às professoras, Dr<sup>a</sup>. Fabíola e Dr<sup>a</sup>. Fernanda, pela atenção e cooperação. A todos professores, técnicos e alunos do PROCISA, em especial meus colegas de turma que também fizeram parte desse estudo. E a UFRR, que oportunizou desde minha graduação, as condições para construção de conhecimento.

E agradeço imensamente aos usuários dos CAPS II e CAPS III, pelo carinho e afeto com que me receberam, pela atenção, disposição para compreender a importância desse estudo e contribuir para tal. Igual gratidão expresso aos trabalhadores desses CAPS, sempre receptivos e colaborativos.

## RESUMO

Este estudo retrata um panorama da dinâmica de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, em Boa Vista, a partir de experiências vivenciadas na busca por tratamento, ou seja, dos itinerários terapêuticos de usuários dos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. O objetivo foi conhecer a trajetória percorrida por pessoas em sofrimento psíquico grave e intenso, desde o reconhecimento do início desse adoecimento, até chegar a atual terapêutica desenvolvida nesses CAPS. Para isso, foram entrevistadas seis pessoas usuárias de dois CAPS, em Boa Vista. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e organizadas para uma análise de conteúdo, conforme Bardin (2016). Os resultados apontaram que existe um lapso temporal a partir da identificação de um início de adoecimento psíquico até o acesso aos serviços formais em saúde. No histórico dessas pessoas é pertinente destacar dois fenômenos importantes: o primeiro é o desencadeamento ou agravamento de um transtorno mental a partir do sofrimento por uma perda de algum vínculo significativo para pessoa; o segundo fenômeno é a presença da violência como fator de adoecimento ou de agravo à saúde mental. Em se tratando do itinerário terapêutico dessas pessoas, os principais destaques são a importância dos cuidados prévios desenvolvidos por instituições religiosas e/ou comunidades, demonstrando até como um elo de ligação aos serviços formais de saúde. A entrada na RAPS comumente ocorre através dos serviços de alta complexidade, ou seja, internações hospitalares, o que evidencia a falta de prevenção ao agravo em saúde mental. Os serviços ofertados pelos CAPS são reconhecidos pelos usuários como bons, e que possibilitam melhor qualidade de vida para essas pessoas, mas ainda demonstram algumas cronificações, seja pelas rotinas criadas, ou pela preponderância do saber biomédico para atuação em situações de crises, com sua intervenção apenas psicofarmacológica. Finalizando, é apontada como sugestão para melhoria das RAPS em Boa Vista, a necessidade do fortalecimento da atenção à saúde mental nos dispositivos de baixa complexidade, como nas Unidades Básicas em Saúde – UBS e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF.

Palavras-chave: CAPS; RAPS; Saúde mental; Sofrimento psíquico.

## **ABSTRACT**

This study portrays an overview of the functioning dynamics of the Psychosocial Care Network - RAPS, in Boa Vista, from experiences lived in the search for treatment, that is, the therapeutic itineraries of users of the Psychosocial Care Center - CAPS. The objective was to know the trajectory taken by people in severe and intense psychological distress, from the recognition of the onset of this disease, to the current therapy developed in these CAPS. For this, six people who used two CAPS in Boa Vista were interviewed. The interviews were recorded and later transcribed and organized for content analysis, according to Bardin (2016). The results indicated that there is a time lapse from the identification of a beginning of mental illness until access to formal health services. In the history of these people it is pertinent to highlight two important phenomena: the first is the triggering or aggravation of a mental disorder from the suffering due to a loss of some significant bond to the person; The second phenomenon is the presence of violence as a factor of illness or aggravation to mental health. Regarding the therapeutic itinerary of these people, the main highlights are the importance of prior care developed by religious institutions and / or communities, demonstrating even as a link to formal health services. The entry into RAPS commonly occurs through high complexity services, hospitalizations, which highlights the lack of prevention of mental health problems. The services offered by CAPS are recognized by the users as good, which enable better quality of life for these people, but still show some chronifications, either by the routines created, or by the preponderance of biomedical knowledge to act in crisis situations, with their intervention. only psychopharmacological. Finally, it is pointed out as a suggestion for improving RAPS in Boa Vista, the need to strengthen mental health care in low complexity devices, such as the Basic Health Units - UBS and the Family Health Support Centers - NASF.

Keywords: CAPS; RAPS; Mental health; Psychic suffering.

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CFP – Conselho Federal de Psicologia  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas  
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
HDSM – Hospital Dia em Saúde Mental  
IBRAPSI – Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições  
IT – Itinerário Terapêutico  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde  
SESAU – Secretaria do Estado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica em Saúde  
UISAM – Unidade Integrada de Saúde Mental

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Organograma da Rede de Atenção à Saúde Mental.....	30
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Classificação dos Centros de Atenção Psicossocial .....	26
<b>Quadro 2:</b> Componentes dos RAPS.....	28
<b>Quadro 3:</b> Caracterização dos sujeitos.....	69
<b>Quadro 4:</b> Características do Adoecimento (Transtorno mental) .....	69
<b>Quadro 5:</b> Características do Itinerário Terapêutico .....	72

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL, DO PERÍODO COLONIAL ATÉ A DÉCADA DE 1980 .....	15
2.2 O NASCIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA ..	17
2.3 A CRIAÇÃO DO SUS E A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL .....	20
2.4 O QUE É A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS? .....	27
2.5 CRONIFICAÇÃO E CAPSCIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL .....	31
2.6 O ESTUDO DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS .....	34
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
3.1 SOBRE O ESTUDO .....	36
3.2 SUJEITOS PESQUISADOS.....	37
3.3 COLETA DE DADOS .....	38
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>39</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E DE SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL .....	39
4.1.1 Sobre os diagnósticos.....	40
4.1.2 Histórico e características do agravo à saúde mental.....	42
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO .....	45
4.2.1 Cuidados Prévios.....	45
4.2.1.1 Instituições religiosas .....	45
4.2.1.2 Recursos da comunidade e/ou familiares .....	47
4.2.2 Cuidados nos serviços em saúde .....	48
4.2.2.1 Serviços em saúde (geral) antes dos CAPS .....	48
4.2.2.2 Serviços em saúde mental antes dos CAPS: a entrada na RAPS.....	49
4.2.2.3 Então, como acessaram os CAPS? .....	51
4.2.2.4 E hoje, qual a percepção do usuário sobre o tratamento nos CAPS? .....	52

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>69</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um paradigma em construção, ao qual preconiza um tratamento humanizado àquelas pessoas em sofrimento psíquico grave e intenso. Em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, deu-se a reformulação de concepções em saúde pública a partir de ideias de saúde coletiva, com o estabelecimento de princípios fundamentais e redefinição do conceito de saúde como um direito inalienável das pessoas.

No campo da saúde mental, essa transformação tem se pautado na substituição do modelo manicomial pela Atenção Psicossocial, sendo uma política específica de cuidados direcionados às pessoas em sofrimento psíquico, e tendo como um dos principais instrumentos criados para essa transição os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Com isso o CAPS passa a ser o principal dispositivo de construção de um novo modelo em atenção à saúde mental da população brasileira. Como instrumento de articulação para possibilitar uma atenção à saúde mental humanizada e que promova autonomia ao usuário, em todos os seus níveis de complexidade, e atendendo aos princípios do SUS da universalidade e da integralidade, foram instituídas pelo Ministério da Saúde – MS as Redes de Atenção Psicossocial – RAPS. Essas redes têm o objetivo de ampliar o acesso à saúde mental a partir de articulações com as diversas possibilidades que estejam disponíveis em seu território, como por exemplo, no caso de Boa Vista a atenção de urgência e emergência no Hospital Geral, as Unidades Básicas de Saúde – UBS, Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF e CAPS. Esses mecanismos fazem parte do Modelo de Atenção à Saúde Mental que tem como prerrogativa a atenção biopsicossocial.

Dentro deste contexto, e considerando a realidade local, esse estudo tem a intenção de demonstrar aspectos da dinâmica de funcionamento da RAPS em Boa Vista, a partir do Itinerário Terapêutico – IT dos usuários de dois CAPS. Ou seja, procuramos conhecer algumas estratégias utilizadas na busca de cuidados quando uma pessoa (e/ou seus familiares) percebe estar em sofrimento psíquico que considere grave e/ou intenso, apontando essa trajetória de busca de cuidados, desde os recursos utilizados antes de

entrarem em contato com os serviços públicos de saúde, como entram na RAPS, até a situação atual no momento da entrevista realizada durante a pesquisa em campo. Também foi possível verificar como são essas relações na RAPS, bem como com outras redes de atenção à saúde dentro do território desses usuários.

O estudo se deu através de entrevistas semiestruturadas que ocorreram com usuários de dois CAPS em Boa Vista – Roraima. Ao total foram entrevistados seis usuários, e essas entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra para realizar a análise de conteúdo, construindo as categorizações para discussão dos resultados.

Destacamos a importância deste estudo pelo fato de possibilitar a fala aos sujeitos usuários dos CAPS pesquisados, dar voz as suas narrativas sobre as dificuldades e angústias no momento de necessidade de busca por cuidados em saúde mental. Apontando assim, onde e como que essas pessoas são acolhidas e conseguem acessar algum serviço em saúde mental e como foi encaminhado para o tratamento no CAPS.

Já na RAPS, a intenção foi de pontuar em que situações está ocorrendo uma boa comunicação entre os diversos atores da rede, por onde acessam os primeiros serviços específicos em saúde mental, e onde talvez haja a necessidade de expansão e melhorias para fornecer um serviço de acolhimento e atenção em saúde mental humanizado e eficiente.

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos, iniciando pela introdução. O segundo capítulo trata do referencial teórico deste estudo, que perpassa pela história das questões relacionadas a saúde mental no Brasil, desde o período colonial até a situação atual das políticas em saúde mental, e que têm os CAPS como principais dispositivos para tratamentos e as RAPS como forma de articulação no território.

No terceiro capítulo é abordada a metodologia e descrito sobre como foi desenvolvido o estudo, em que locais foi realizada essa pesquisa, quem foram os sujeitos pesquisados, como foi realizado o procedimento de coleta e análise dos dados.

O quarto capítulo trata de apresentar os resultados desse estudo, no qual abordamos primeiramente sobre o histórico e as características do agravo à saúde mental das pessoas que foram entrevistadas, depois entrando no IT dessas pessoas. Aqui é abordado inicialmente quais e como foram os primeiros cuidados em saúde mental, que

ocorreram antes e depois de acessarem os serviços em saúde. Depois é descrito como acessaram os serviços em saúde, como foi esse cuidado e como está atualmente seu tratamento em saúde mental naquele CAPS.

Por fim, nas considerações finais trazemos as avaliações negativas e positivas observadas com esse estudo, através do IT de usuários de CAPS em Boa Vista, apontando sugestões de como os serviços em saúde mental poderiam ser melhorados para ofertar uma melhor atenção em saúde mental à população.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL, DO PERÍODO COLONIAL ATÉ A DÉCADA DE 1980**

O fenômeno da loucura no Brasil perdurou durante séculos despercebido ou ignorado. Praticamente não existem registros na história de alguma forma de cuidado com o louco, até a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em meados do século XIX. Há relatos que indicam que geralmente os loucos eram assimilados e tolerados nas relações sociais cotidianas, com as famílias mais abastadas, mantendo os mais agressivos em cárcere privado, amarrados e trancafiados (CFP, 2013). Ou seja, na mesma época em que a loucura era percebida de forma loquaz na Europa, no Brasil ela era invisível.

Essa situação se estende até o período imperial. A chegada da corte portuguesa ao Brasil trouxe consigo um cenário de incentivo ao pensamento científico positivista, assim como todo o aparato institucional de sua sustentação (CFP, 2013). Desta forma, em 1852, é criado no Rio de Janeiro, o Hospital Psiquiátrico Dom Pedro II, e a partir daí começam a aparecer outras instituições similares pelo país. O Brasil passa a reproduzir o que na Europa tivera sido conhecido como a Grande Internação. Com a clara intenção de higienizar a sociedade, excluindo e encarcerando todos aqueles que representavam a desordem, ou que não poderiam colaborar com a instituição de uma nova sociedade (RESENDE, 2000).

Até a Proclamação da República em 1890, o Hospício de Pedro II (como consta em seu decreto) foi anexo à Santa Casa da Misericórdia e reconhecido como uma instituição de caridade, no qual o saber médico não era preponderante e nem tinha poderes administrativos. Com a Proclamação da República e inspirados pelas ideias do positivismo, o Hospício de Pedro II é desanexado da Santa Casa de Misericórdia e passa a ser administrado por médicos. É criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, editando em 1903 a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (CFP, 2013). A partir daí começam a surgir as chamadas Colônias de Alienados, que são colônias

agrícolas onde preconiza-se o trabalho como uma forma eficaz de tratamento moral da alienação mental (AMARANTE,2008).

Mas esse modelo de assistência em saúde mental, incapaz de apresentar qualquer outro resultado que não fosse exclusão, ao invés de alguma forma de tratamento da doença mental, desperta críticas por parte da sociedade. Ainda em 1880, o escritor Machado de Assis publica um conto em forma de folhetim chamado “O Alienista”, que vem criticar contundentemente a forma de cuidado em saúde mental praticada no Brasil.

O aparecimento das colônias, conforme citamos anteriormente, permitiu que esse modelo asilar perdurasse até década de 1950. Mesmo assim, segundo a jornalista Daniela Arbex (2013), até o final dessa década foi rara a presença de psiquiatras e clínicos nos hospícios. Essa primeira fase da República Brasileira vai se caracterizar pelo reconhecimento da loucura como doença mental. Com a evidente intenção de *higienizar* a sociedade, em 1923 é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, e em 1934, temos a criação da segunda Lei Federal de Assistência aos Alienados, na qual a internação psiquiátrica é reforçada como principal meio de tratamento, assim como, o poder do psiquiatra na direção dos serviços (CFP, 2013).

A partir de 1950 o Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAP começa a dar cobertura assistencial em internações psiquiátricas, fazendo uso principalmente da rede hospitalar privada. Também se dá o início do uso de substâncias farmacológicas. Em 1964 temos o golpe militar, instala-se no país um regime ditatorial. Nessa época, segundo Cerqueira (1984), 97% de todos os recursos financeiros destinados à psiquiatria eram exclusivamente para pagamento dos custos das internações hospitalares, passando de 3.034 leitos privados ofertados em 1941 para 78.273 leitos privados ofertados em 1978. O que veio a ser chamada de Indústria da Loucura.

Proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. [...] No final dos anos 80, os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. (CFP, 2013 p. 53)

Dentro desses hospícios tínhamos um cenário desolador, com superlotação, maus tratos, péssimas condições, mortes de internados chegando a ultrapassar 50%(ARBEX, 2013), o que demonstra que o tratamento ofertado às pessoas era um verdadeiro

massacre. A jornalista Daniela Arbex em seu livro: “Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil”, busca retratar a memória dessa história vivida em Barbacena – MG. No prefácio deste livro, elaborado por Eliane Brum e intitulado por “Os loucos somos nós”, podemos ter uma ideia da violação dos direitos humanos mais básicos. Vejamos:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder [...] alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. [...] Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (BRUM, 2013; p. 13)

Dito isto, é importante também pontuar o processo histórico que culminou, no caso brasileiro, com o nascimento de um novo modo de lidar com o sofrimento psíquico. Para isso, recorre-se novamente à história, para apontar o instante de contestação e ruptura com o modelo asilar e hospitalocêntrico, inaugurando o momento da história da saúde pública e coletiva no Brasil a que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica.

## **2.2 O NASCIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Essas condições extremas dos hospícios brasileiros assim como a repressão militar da ditadura, começaram a despertar na população uma série de questionamentos e protestos. Ao final da década de 1970, o Brasil passa por um processo de redemocratização nacional em uma luta contra a ditadura militar, e é nesse contexto que aparecem as primeiras expressões da Luta Antimanicomial e conseqüentemente da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No ano de 1976, em plena ditadura militar, nasce em São Paulo, o CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, ao qual viria a ser um dos principais protagonistas na Reforma da Saúde no Brasil, que culminou com o Sistema

Único de Saúde – SUS, criado conjuntamente com a Constituição de 1988. (CFP, 2013 p. 53).

Em 1978, no Rio de Janeiro, três médicos recém-formados fazem uma série de denúncias contra a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, órgão do Ministério da Saúde, relatando maus-tratos, violência, desrespeito à dignidade humana e também a internação em hospícios de presos políticos. Esse fato gerou a demissão dos médicos, ocasionando mais protestos e denúncias por outros funcionários, que conseqüentemente também gerou a demissão de 260 profissionais de quatro hospitais psiquiátricos pelo Ministério da Saúde, e que novamente culminou em muito mais protestos e denúncias. Esse episódio ficou conhecido como a “crise da Dinsam”, que acabou corroborando com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. (CFP, 2013).

Neste mesmo ano, de 19 a 22 de outubro, no Rio de Janeiro, é promovido pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (Ibrapsi), o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, contando com a presença dos atores e autores da reforma psiquiátrica em âmbito internacional Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Thomas Szasz e Erving Goffman, dentre outros. Eles viriam “[...] influenciar de maneira decisiva os corações e mentes de centenas de profissionais que atuavam neste setor” (CFP, 2013 p. 55). Também em Camboriú – SC, de 27 de outubro a 1º de novembro ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ficou conhecido por “Congresso da Abertura”, pois o MTSM conseguiu transformar o evento em um debate político sobre o modelo de assistência psiquiátrica brasileira (AMARANTE,2008).

Ainda, segundo esse autor, no ano seguinte ocorreram outros três eventos muito importantes para esse processo:

- I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental: ocorrido em janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo. Preconizaram a reforma da saúde como articulada com outros movimentos sociais, sendo necessário o fortalecimento destes.

- I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados: apresentação pelo Cebes do Sistema Único de Saúde – SUS, que viria inspirar a Constituição de 88 e a Lei Orgânica da Saúde nº. 8080, de 19/09/1990.

- III Congresso Mineiro de Psiquiatria: com a presença de Franco Basaglia, que visitou o Hospital Colônia de Barbacena e estarrecido com o horror com que se deparou fez o seguinte comentário: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (AMARANTE, 2007).

Franco Basaglia foi um Psiquiatra Italiano de Veneza, nasceu em 1922 e faleceu em 1980, logo após suas visitas ao Brasil. Liderou os processos de desinstitucionalização em Gorizia e Trieste, no norte da Itália. Foi o criador do Movimento Psiquiatria Democrática e inspirou a elaboração da lei da reforma psiquiátrica italiana, que ficou conhecida como Lei Basaglia. Sua contribuição para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil foi de fundamental importância. A visita que Basaglia fez a Barbacena deixou resultados marcantes, além de ter conquistado corações e mentes, contribuiu para duas produções premiadas: o curta metragem produzido por Helvécio Rattton chamado *Em Nome da Razão*, e o livro de Hiram Firmino, *Nos Porões da Loucura* (AMARANTE,2007).

Já em 1986, após a queda da ditadura militar no Brasil e início do período conhecido como Nova República, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A “Oitava” (como ficou conhecida) é um marco inicial da construção do SUS. Como conferência de área temática específica proposta pela “Oitava”, é realizada no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho de 1987, a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve a participação de servidores, usuários, familiares e membros dos mais variados movimentos sociais. Os temas oficiais eram:

- Economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e a doença mental;
- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Ainda, em São Paulo, no ano de 1987, é criado o primeiro serviço que buscava constituir-se fora da lógica manicomial com o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, ou simplesmente CAPS, como ficou conhecido. De 3 a 6 de dezembro deste mesmo ano, foi realizado em Bauru – SP o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O Congresso de Bauru (como este evento ficou conhecido) realizou duas rupturas fundamentais na trajetória da reforma: preconizavam a participação e o controle social, e a transformação da saúde mental em uma concepção

mais social, em que as mudanças não fossem apenas no modelo técnico-assistencial de cuidado com o louco, e sim na forma com que a sociedade lida com esse fenômeno. Ficou instituída a data de 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

### **2.3 A CRIAÇÃO DO SUS E A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL**

Em 1988, temos a promulgação da Constituição Federal, assinalando assim um marco na história da mudança político-jurídica do Brasil, que viria formalizar os processos de transformação social preconizados pela Nova República. Com um capítulo dedicado exclusivamente à saúde, que a partir de então passa a ser “Direito de todos e dever do Estado”, preconizando a descentralização dos serviços em saúde no qual o conjunto de instituições e políticas de saúde passam a ser responsabilidade do município (BRASIL, 1988).

Conforme Amarante (2007) e Lancetti (2013), em 3 de maio de 1989, houve um fato marcante para o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. Foi a intervenção realizada pela prefeitura de Santos – SP, na Clínica Anchieta, hospital psiquiátrico privado conveniado ao Ministério da Saúde e que tratava os doentes mentais da forma hospitalocêntrica, conforme exemplos citados anteriormente. A prefeitura de Santos considerou o hospital psiquiátrico uma instituição de violência e segregação, decidindo por não reformá-lo, como acontecera anteriormente em outros hospitais psiquiátricos. A partir desse momento “[...] decidiu-se atuar no sentido da desconstrução do manicômio, entendido não apenas como o hospital psiquiátrico em si, mas com todas as referências conceituais e ideológicas produzidas no âmbito do saber psiquiátrico em torno do conceito de doença mental” (AMARANTE,2008; p. 642). Foram então criados os chamados serviços substitutivos, através de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS.

A experiência de Santos causou forte impacto e grande repercussão nacional, vindo a influenciar a elaboração de um projeto de lei neste mesmo ano, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PL n. 3.657/89), que propôs a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros serviços em saúde mental. Mas apesar da aprovação na Câmara dos Deputados um ano após o projeto ficou em tramitação por

quase doze anos e acabou sendo rejeitado pelo Senado, resultado esse de um lobby político da ainda presente *indústria da loucura* (AMARANTE, 2007). Entretanto, o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado deu origem a um substitutivo, a lei n. 10.216/01, que permitiu inovações no modelo assistencial das pessoas em sofrimento psíquico, apesar de ter abandonado uma das propostas mais importantes de Paulo Delgado que seria a extinção dos manicômios.

A partir da Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, é criado o Sistema Único de Saúde, com uma reformulação geral nas concepções de saúde pública, estabelecendo princípios fundamentais e redefinindo a saúde como um direito inalienável das pessoas, com seu conceito de saúde transcendendo a doença e se referindo às condições gerais de existência do ser humano. Dois anos após, em 1992 é instituída a Política Nacional de Saúde Mental – PNSM, protagonizando o progressivo fechamento de hospitais e leitos psiquiátricos, buscando a criação e o fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial, “predominantemente ambulatorial e de base comunitária”. (WEBER & JURUENA, 2014 p. 04).

Assim, em 1992 é publicada a Portaria/SNAS Nº 224, instituindo os dispositivos substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos, e esclarecendo as diretrizes e normas de funcionamento destes dispositivos. Criam-se então, os Hospitais Dia em Saúde Mental – HDSM, e os Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), com o objetivo de substituir os manicômios e buscar oferecer um tratamento humanizado às pessoas em sofrimento psíquico. Posteriormente foram ampliadas as possibilidades de atuação do CAPS através da regulamentação da portaria n. 336 de 2002, do Ministério da Saúde. O CAPS então passa a ser o principal instrumento de cuidados em saúde mental da população brasileira.

Como dito anteriormente, o SUS foi criado por um movimento de reforma na saúde pública, consolidado através das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90. A partir do que preconizam estas leis, mais a promulgação da saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurado pela Constituição de 1988, o SUS afirma-se como um serviço de saúde público e gratuito, de acesso universal, que tem o dever de atender igualmente a todos, respeitando as diferenças (CFP, 2013). Para tanto, nosso sistema de saúde

sustenta-se a partir de alguns princípios fundamentais, aos quais precisamos minimamente recorrer para entender o funcionamento do CAPS.

São três os princípios que regem o SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade representa a garantia do direito à saúde por todo e qualquer cidadão, sem discriminação, abarcando assim a garantia de acesso a todos os serviços de saúde que são ofertados pelo SUS, assim como aqueles contratados pelo poder público. Além disso, os serviços públicos de saúde brasileira devem se pautar pelo princípio da equidade, ou seja, devem visar a transpor as barreiras das desigualdades sociais, promovendo ações que levem a saúde pública às pessoas que tem maior dificuldade para acessar esses serviços. Dessa forma, busca assegurar ações e serviços de acordo com a complexidade que cada caso requeira, independentemente da localização geográfica ou das condições sociais dos cidadãos. (BRASIL, 1990).

O terceiro princípio é o da integralidade, que considera que cada pessoa é um todo indivisível, e que cada pessoa é parte integrante de uma comunidade. Tal conceito parte da ideia de que existem várias dimensões que são integradas envolvendo a saúde dos indivíduos e das coletividades. Com base neste princípio, considera-se que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível, e não podem ser compartimentalizadas. Assim devem ser as unidades prestadoras de serviços do SUS, que, cada uma com sua diversidade de graus de complexidade, formam também este todo indivisível, sendo estas capazes de prestar uma assistência integral ao indivíduo. Esses princípios doutrinários do SUS são fundamentais para garantir a cidadania e consolidar a democracia. (BRASIL, 1990).

Além deles, acrescenta-se também a descentralização dos recursos, a regionalização dos serviços e o controle social. A prerrogativa da descentralização dos recursos da saúde busca garantir um cuidado de boa qualidade adaptado à realidade local. A regionalização se dá através da articulação dos serviços disponíveis, dentro de seu território, descentralizando as ações e a construção das políticas públicas em saúde. Aí que entra o papel da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, instituída através da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que permite essa articulação no território para a atenção integral, em todos os níveis de complexidade, e para a promoção de

autonomia dos usuários de serviços de saúde mental. Veremos adiante maiores detalhes sobre as RAPS.

Já o controle social, refere-se a primazia por uma administração democrática e cidadã através da participação ativa, exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2009). Nesse sentido, foi através da Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, que se estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, além de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde (BRASIL, 2000).

Enfim, o SUS tem a finalidade de instituir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado nas três esferas: federal, estadual e municipal. Mas não basta ser um direito de todos, pois enquanto ainda houver pessoas que não tem acesso à saúde pública no Brasil, faz-se necessária a criação ou positivação de mecanismos que garantam a estas pessoas o acesso a uma saúde gratuita e de qualidade. Passemos a uma breve exposição a respeito dos CAPS.

Torna-se necessário fazer neste momento uma observação sobre essa transição de modelo de atenção à saúde mental, e assim como a experiência de Santos, atentarmos para a contribuição que tiveram nesta transição as experiências dos Hospitais Dia em Saúde Mental – HDSM. O modelo de HDSM já existia “no Brasil desde a década de 1960” (LIMA & BOTEGA, 2001 p. 196), mas apenas em 1992 com a Portaria 224 do MS, que passaram a ser oficialmente dispositivos em saúde mental.

As experiências com os HDSM conseguiram transformar os cuidados, através da experimentação e discussão entre os profissionais, do trabalho em equipe multiprofissional e da horizontalização da hierarquia, “o que possibilitou a um só tempo, questionar o lugar hegemônico ocupado pela psiquiatria e o psiquiatra, e incluir efetivamente os trabalhadores da equipe de apoio como agentes terapêuticos.” (SILVA, 2002 p. 136).

Os HDSM representam um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, têm a intenção de substituir a internação integral. Deve ter uma equipe

multiprofissional que desenvolve um conjunto diversificado de atividades em até 5 dias da semana, de segunda-feira a sexta-feira, com uma carga horária de 08 horas para cada paciente. A assistência prestada aos pacientes era de atendimento individual, atendimento em grupo, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias. (BRASIL, 1992).

Conforme já citado anteriormente, conjuntamente com a criação do SUS foram se multiplicando novas experiências de cuidados em saúde mental no Brasil, revolucionando este campo, a partir da ideia de desinstitucionalização e desospitalização, fazendo-se assim necessário a criação de um mecanismo substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Através de experiências anteriores bem-sucedidas, que foram acontecendo em coexistência com a instituição do SUS, (como a de Santos já citada anteriormente) e são legitimados legislativamente através da instituição dos CAPS.

Regulamentado pela Portaria n. 336/2002 do Ministério da Saúde, o CAPS é um serviço estratégico na concretização de um novo paradigma em saúde mental. É uma instituição destinada a acolher as pessoas em sofrimento psíquico considerado intenso e geralmente persistente, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia. Nesse sentido, é pontuado que “o CAPS, como qualquer dispositivo de saúde mental, deve primeiramente atender os casos mais difíceis em que haja risco de morte, maior sofrimento ou maior inconveniente à comunidade.” (LANCETTI, 2013 p. 48). Isso significa que o CAPS deve priorizar uma atenção acolhedora às pessoas que estão em uma situação emergente, em consequência de seu sofrimento psíquico.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP em seu documento de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS (2013), ressalta a característica fundamental do CAPS como um equipamento que busca a integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, que atente para o espaço da cidade, onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, promovendo e/ou contribuindo com sua reabilitação psicossocial. Além disso, aponta como preceito fundamental do CAPS a substituição das relações tutelares pelas relações contratuais, respeitando a cidadania e o cuidado em liberdade (CFP, 2013). Isso significa que as intervenções terapêuticas serão de forma consentida e com a participação do

usuário, respeitando sua individualidade e seus direitos de aceitar ou não as propostas terapêuticas ofertadas.

Fato é que, desde as primeiras experiências dessa forma de lidar com a saúde mental no Brasil, que surgiram como um movimento de revolução psiquiátrica, não há um modelo de ações padronizadas que deve ser seguido pelos profissionais do CAPS. Entende-se que esse novo modelo de atenção psicossocial à saúde mental é um processo dinâmico, que deve ser construído conjuntamente com trabalhadores, usuários, familiares e outras possibilidades disponíveis em seu território. É nesse sentido que assinalam Vasconcelos e Mendonça Filho ao pontuarem a “relevância de se fazer essa construção a partir de nossas experiências concretas.” (2009, p. 196). Ou seja, levar em consideração que todos os cidadãos têm a responsabilidade de construir conjuntamente ao poder público instituído, a política pública e as práticas que se considerem mais adequadas para as necessidades dos usuários desse sistema.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciando os projetos terapêuticos com a oferta de um cuidado clínico eficiente e personalizado. Reiterando o princípio da integralidade, o projeto terapêutico<sup>1</sup> de cada usuário deve ser construído a partir de suas necessidades, sempre respeitando sua liberdade e individualidade, e com o usuário sendo protagonista nessa construção (BRASIL, 2007). Essa dinâmica contribui para a democratização do serviço de saúde mental, a partir do momento em que o usuário tem a possibilidade de construir junto aos técnicos do CAPS e a gestão pública, quais estratégias serão utilizadas para a manutenção de sua terapêutica.

Ainda conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2004), para balizar as possibilidades de absorção de demanda se estabelece uma tipificação do CAPS, definindo-os por ordem crescente de porte e complexidade. As diferentes modalidades de serviço cumprem a mesma função no atendimento ao público em saúde mental, devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com

---

<sup>1</sup> O Projeto terapêutico individual (PTI) ou singular (PTS) se refere a atualização, dentro da concepção de clínica ampliada, da discussão de “caso clínico”. Trata-se de um conjunto de proposições terapêuticas articuladas entre si, tendo em vista a ação direcionada a um sujeito individual ou coletivo, sendo resultado de um processo de discussão coletiva entre os diferentes membros da equipe interdisciplinar (BRASIL, 2007). Conforme afirmam Pinto et al. (2011), “a construção de um projeto terapêutico singular pressupõe a participação coletiva e uma concepção de sujeito que contemple os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural.” (p. 493).

transtornos mentais severos e persistentes dentro de seu território, no regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, constituindo-se como um serviço ambulatorial de atenção diária. É desse modo que são definidos os critérios para classificação dos Centros de Atenção Psicossocial em CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad, conforme podem ser vistos na Tabela 1.

**Quadro1: Classificação dos Centros de Atenção Psicossocial**

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8h às 18h De segunda a sexta-feira.
CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8h às 18h De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.
CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8h às 18h De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.
CAPSad – municípios com população acima de 100.000 Funciona das 8h às 18h De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21h.

Fonte: Ministério da Saúde<sup>2</sup>, 2004, p. 19.

Segundo Lancetti (2013), o Ministério da Saúde deveria ter começado a implantação dos CAPS pelo CAPS III, ou seja, pelos destinados a substituir os hospícios, ofertando um funcionamento 24 horas por dia, todos os dias, e com a complexidade necessária para atender as demandas emergenciais de suporte à pessoa em sofrimento psíquico intenso. Ou seja, deveriam preferencialmente atender àqueles que urgentemente necessitam de uma atenção e cuidado, devido a situação de crise em que estejam vivenciando no momento.

Segundo Paulo Amarante, o CAPS deve atuar “no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados” (2009, p. 653). É necessário que o CAPS disponibilize um serviço voltado para

<sup>2</sup> Extraído de Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 07 jun. 2017.

o acolhimento incondicional, para a criação de um espaço de escuta, de sociabilidade, de subjetividade, de vida, de superação do estigma, superação da segregação.

## **2.4 O QUE É A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS?**

Conforme a Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011:

Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da 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. (BRASIL, 2014)

Ou seja, a RAPS deve promover ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, através de estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Essas estratégias conjuntas se dão a partir do momento em que há uma participação democrática para debater esses problemas e tentar buscar soluções, que sejam eficientes para a melhoria do serviço. Através da ampliação das possibilidades terapêuticas que possam ser ofertadas aos usuários, assim como para a promoção de autonomia dos sujeitos, fazendo com que estes sejam protagonistas da construção de seu projeto terapêutico, e também para reinserção social destes em seu território. Essa participação democrática e promoção de autonomia devem envolver usuários, familiares, técnicos, gestão, e todas as possibilidades que de alguma forma estejam disponíveis em seu território e possam vir a contribuir com as atividades desenvolvidas pelos CAPS, a partir das articulações em RAPS.

O funcionamento das RAPS depende também da capacidade de articulação das equipes dos CAPS para que seja efetivada. Podemos compreender as RAPS através da divisão em componentes, conforme apresentado na Tabela 2.

**Quadro2:** Componentes dos RAPS

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

**Fonte:** Extraído do Site do Ministério da Saúde<sup>3</sup>.

Em resumo, a importância dessa atuação do CAPS em rede, pode-se dizer que, reside na expansão de suas possibilidades de ações de promoção, prevenção e cuidado com a saúde mental (AMARANTE, 2007). Mas de que forma é possível que ocorra essa atuação em rede? Para que isso ocorra é necessária a disponibilização de todos os recursos possíveis e disponíveis para potencializar as equipes de saúde mental em seus esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Como meios de atingir esse objetivo, os trabalhadores em saúde mental podem dispor de recursos afetivos (familiares, amigos), sanitários (serviços relacionados a saúde), sociais (trabalho, moradia, escola, esporte), econômicos (economia solidária), culturais (cinema, teatro), religiosos e de lazer. (BRASIL, 2004)

Ou seja, somente através de uma articulação eficiente e harmoniosa com os outros serviços em saúde, com outras entidades, associações, escolas, dentro das

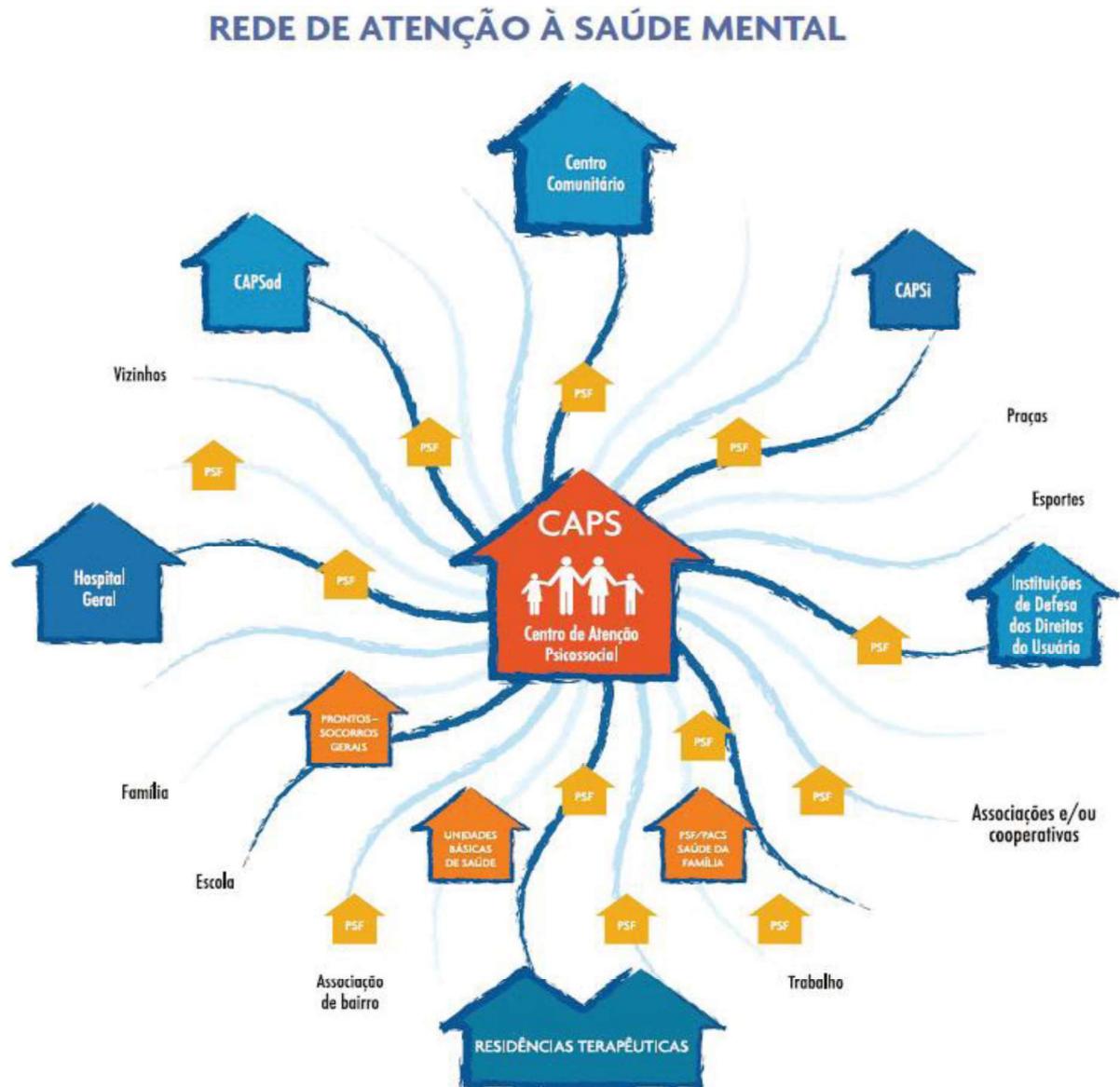
<sup>3</sup> Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>.

possibilidades do território, que o CAPS construirá essa rede assistencial. Nessa perspectiva, destacamos o conceito de território conforme Milton Santos (1996), que não se restringe apenas a uma região geográfica, mas também dos atores que compõem essa região geográfica. Assim passamos a compreender território como um sentido de existência individual e coletiva, que devido ao processo de globalização, hoje pode ser constituído tanto de um espaço geograficamente contíguo, assim como de um espaço que represente uma rede de comunicação com ideias que se assemelham, como a internet e suas redes sociais virtuais, por exemplo. Essa mesma noção ou conceito é adotado pela política de saúde que sustenta o CAPS como serviço de saúde mental ao definir território como:

Constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, culto, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIL, 2004 p. 11)

Enfim, chega-se a uma Rede de Atenção que deve incluir o CAPS, mas também toda uma capilaridade de espaços e recursos de que dispõem ou devem dispor mais próxima e urgentemente de si aqueles que demandam atenção psicossocial. Apresentamos na Figura 1, o organograma da RAPS:

**Figura 1:** Organograma da Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Ministério da Saúde<sup>4</sup>, 2005, p. 26.

Sem desprezar a necessidade de articular os cuidados à saúde mental dos pacientes em rede, o Ministério da Saúde (2004) estabelece um mínimo de recursos físicos para que o CAPS possa desenvolver suas atividades. São eles: consultórios para

<sup>4</sup>Relatório 15 anos após Caracas. Disponível em [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).

atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório (deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes. Além, claro de atividades extramuros desenvolvidas pelos trabalhadores e usuários do serviço, de maneira que este não fique restrito apenas à estrutura física. Por isso, ressalta-se a importância dessa articulação para cuidados nos diversos dispositivos da rede, permitindo uma amplitude maior das possibilidades de atenção à saúde que não sejam apenas limitados a estrutura física dos CAPS.

## **2.5 CRONIFICAÇÃO E CAPSCIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL**

Como já foi visto, o CAPS é o principal dispositivo para atender aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, atuando em rede com os outros dispositivos de saúde pública e tendo por objetivo possibilitar uma convivência harmoniosa na sociedade, das pessoas em sofrimento psíquico. Mas, isso não significa que não possamos apontar críticas a esse serviço. Conforme Mendonça Filho e Vasconcelos (2009), existem problemas nos CAPS que acabam cronificando o serviço, seja pela ausência de participação social, seja pela centralização em si, ou pela rotina do CAPS, ou pelas práticas dos profissionais que lá atuam.

Segundo aponta Antônio Lancetti (2013), um dos mais sérios obstáculos ao bom funcionamento dos CAPS é aquilo que ele chama de centralização em si mesmo e pouca abertura que eles dão ao território, a despeito do que preconiza a legislação. Esse autor cita duas experiências pessoais. A primeira delas, quando conheceu um Núcleo de Atenção Psicossocial infantil em Goiânia, no ano de 1997; a segunda, a experiência dos Hospitais Dia, em São Paulo. Relata ele, que somente onde o público atendido se adaptava às regras e rotinas desses serviços (consideradas rígidas), tinham a possibilidade de serem aceitos. Ou seja, mecanismos que deveriam promover a saúde mental acabavam por reproduzir a lógica da adaptação do “doente” ao “tratamento”, refazendo o caminho de práticas segregacionistas através da seleção de alguns e

exclusão de outros. O que acaba abdicando os princípios da equidade e da integralidade do SUS.

Também esse autor vem nos explicar que qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende a cronificar-se. Ou seja, são criados coletivos altamente repetitivos: providenciam-se sinuca, mesa de pingue-pongue, televisão, oficinas adjacentes, computador com internet, comida, por exemplo, mas quando há uma crise busca-se logo o psiquiatra, (LANCETTI, 2013). Acaba-se repetindo a lógica da “contenção medicamentosa”, do saber biomédico preponderando. A observação que Lancetti critica é que, ao invés dos profissionais buscarem um meio de adaptar-se à demanda do usuário, o serviço acaba repetindo a prática do usuário ter que se adaptar as diversas “regras terapêuticas”, o que contradiz a lógica do serviço de atenção psicossocial, recaindo no modelo ao qual a Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira intenciona afastar-se.

Essas formas de cronificação dos serviços de saúde que por vezes são reificados<sup>5</sup> pelos CAPS, também são exploradas por Mendonça Filho e Vasconcelos (2009), quando relatam a existência de pelo menos quatro tipos de cronificações. A primeira delas, a cronificação do usuário, pela qual embora frequentando um serviço “de portas abertas”, eles ainda permanecem presos, agora por muros invisíveis. Esses muros invisíveis seriam, por exemplo, representados pelas formas de controle, como câmeras de monitoramento, ou até a medicalização rotineira dele, o tornando docilizado. “Talvez seja apenas nestes espaços que o usuário se sinta cidadão, consumidor pelo menos de políticas públicas” (MENDONÇA FILHO & VASCONCELOS, 2009 p. 192). Dentro deste contexto, acaba ocorrendo a mesma coisa que acontecia nos manicômios, onde o usuário acaba permanecendo no serviço por longo período de tempo.

A respeito dessa modalidade de cronificação, há que se pensar também nos dispositivos disciplinares contemporâneos e atualizados naquilo que Gilles Deleuze chama de “sociedade de controle” (DELEUZE, 1992). Segundo este filósofo francês, se trataria de mecanismos sutis de monitorar e controlar a vida das pessoas, que surgiram através da “passagem do capitalismo pesado para o leve, ou seja, com a passagem da

---

<sup>5</sup> Reificação: transformação de conceitos abstratos em coisas concretas, tornar-se coisa, coisificação. Uma forma de alienação (MARX, 1975).

era industrial, fordista, para a era do consumo, das imagens” (MENDONÇA FILHO & VASCONCELOS, 2009 p. 184), a era da internet. Assim, segundo Deleuze (1992), as sociedades de controle ocorrem ao ar livre e substituem o corpo individual pela matéria individual a ser controlada. Vemos isso através do marketing, que seduz o ser humano tratando-o como um consumidor em potencial e faz associações do consumo do produto à aquisição de status social.

O segundo tipo de cronificação apontado pelos autores é a chamada cronificação dos profissionais. Por ela, acaba ocorrendo entre os técnicos dos CAPS uma reificação das práticas. Ou seja, estes profissionais acabam não colocando em questão seus repertórios e sua atuação profissional, naturalizando práticas ortodoxas e criatividade apática. Além dela, ou associados a esta modalidade, tem-se também a cronificação do cotidiano dos serviços: criando uma rotina hermética, impossibilita-se a diversificação de atividades, a experimentação, caindo num ostracismo.

Por fim, temos a cronificação dos dispositivos de saúde mental, que atrelados as suas rotinas e falta de criatividade, não conseguem ampliar nem conectar-se a todos os outros tipos de serviços promotores de autonomia do usuário, o que é objetivo da RAPS. Resultado de uma ausência de articulação entre os dispositivos de saúde mental e dentre todos os outros dispositivos acessíveis, de um modo geral. (MENDONÇA FILHO, VASCONCELOS, 2009)

A isso que Paulo Amarante (2009) vem chamar de *Capsização*, ou seja, a cronificação dos serviços prestados pelos CAPS, através da adoção de rotinas que em muito pouco ou em nada contribuem para a ressocialização e promoção humana dos usuários. Ao contrário, acabam reproduzindo modos excludentes e estagnários de lidar com o sofrimento psíquico. Torna-se urgente discutir tais coisas, na medida em que o seu contrário deve guiar as ações nos CAPS para a construção da RAPS.

Ou seja, um tratamento mais humanizado significa romper com o paradigma “doença-cura” para uma percepção do sujeito e sua existência dentro de seu contexto sócio cultural. Precisa-se “perceber as dificuldades relativas a cada território de convivência e os desafios postos na busca por direitos de cidadania das pessoas com as quais trabalha”, (CFP-CREPOP, 2013 p. 82). Para abordar a RAPS neste estudo, verificamos as trajetórias percorridas pelos usuários dos CAPS para busca de cuidados,

ou seja, buscamos compreender seus itinerários terapêuticos, que vemos a seguir a conceituação.

## **2.6 O ESTUDO DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS**

As produções de conhecimento que se valem da pesquisa de itinerários terapêuticos – IT, revelam uma potencialidade perante as possibilidades de apreensão da realidade dos indivíduos que buscam cuidados a partir da identificação de uma demanda em saúde. Esses estudos ainda são pouco explorados por pesquisadores, e a “abordagem sócio antropológica oferece suporte teórico à maioria dos estudos realizados. O principal foco de interesse é a percepção do paciente sobre a doença e tratamento.” (CABRAL et al, 2011 p. 4433).

O objetivo desses estudos é descrever o caminho percorrido pelas pessoas nessa busca, suas dificuldades e angústias vivenciadas. Torna-se imprescindível verificar as formas de identificação e reconhecimento de um adoecimento, como essas pessoas e seus familiares compreendem esse adoecimento e quais as suas escolhas e tomadas de decisão em busca de um cuidado em saúde. (ALVES, 2015; CABRAL et. al., 2011; NOGUEIRA, 2009; MÂNGIA & MURAMOTO, 2008).

Espírito Santo e Ferreira (2012), em um estudo intitulado “Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro”, identificaram verdadeiras “maratonas urbanas” em busca de cuidados. Nos resultados deste estudo, foi observado que as ofertas de serviços em saúde, são heterogeneamente distribuídos e que se encontram à disposição da população diferentes recursos terapêuticos (recursos caseiros, religiosos e biomédicos), com diferentes explicações para o sofrimento. Assim, nesse processo de escolhas terapêuticas aparece uma pluralidade de percursos. Verificaram também que quanto mais periféricas as moradias dessas pessoas, maiores as dificuldades em ter acesso aos serviços, o que reflete numa iniquidade na oferta destes.

Estudos de caso utilizando o IT também permitem compreender a dinâmica de funcionamento da RAPS entre as unidades de saúde em casos crônicos de adoecimento mental grave. As Unidades Básicas de Saúde – UBS tem papel fundamental como

referência de cuidados em saúde nos casos graves de transtornos mentais. Estudos sobre IT nesses casos demonstram que, “A rede de serviços disponíveis é escassa, frágil e dispersa, com serviços inacessíveis pela distância dos locais de moradia das pessoas, que não tem recursos sequer para arcar com o transporte.” (BERTAGNONI et al, 2012 p. 160). Essas autoras também pontuam a escassez de recursos às equipes da Estratégia de Saúde da Família, e que uma das alternativas para ampliar as possibilidades terapêuticas dentro do território seria o fortalecimento do NASF, e que ainda há um longo caminho para se efetivarem as políticas em saúde mental, principalmente as RAPS.

Paulo César Alves (2015) tem um estudo intitulado “Itinerário Terapêutico e os Nexus de Significados da Doença”. Este artigo faz um recorte da construção do conceito de itinerário terapêutico, para a partir daí explorar duas questões sobre estudos de itinerários terapêuticos: o significado de “cuidado à saúde” (questão que envolve a busca e avaliação de tratamento); e a noção de doença implícita nesses estudos. O autor conclui que a busca de cuidados em saúde requer “processos interativos com diferentes atores (humanos e não humanos), reagrupamentos, constituição de laços muitas vezes frágeis, incertos, controversos. Nesse sentido, requer desenvolvimento de práticas, de habilidades adquiridas ao longo dos processos, de envolvimento dos atores em seus contextos específicos.” (2015, p. 41).

Ainda são poucos os estudos desenvolvidos no Brasil sobre IT, mas que denotam um aprofundamento em questões socioculturais importantes para serem levados em consideração quando desenvolvemos pesquisa no campo da saúde. A pluralidade cultural, o hibridismo das ações em busca de cuidados, as questões sobre as necessárias articulações em rede pelos diversos dispositivos de saúde disponíveis nos territórios: são informações que identificam a característica multifacetada das pessoas que vivenciam as amarguras do adoecimento nos diversos contextos de nosso país.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 SOBRE O ESTUDO**

Este estudo foi construído através de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório (GIL, 2009), em que foi feito um levantamento por meio de entrevistas com usuários dos CAPS do município de Boa Vista, que buscou compreender o itinerário terapêutico deles, considerando o que é preconizado pelas políticas públicas vigentes em saúde mental.

Os CAPS pesquisados foram o CAPS II e o CAPS III, que são dispositivos em saúde mental disponíveis neste território. É necessário reiterar que, em Boa Vista também se encontra outro CAPS, o de álcool e outras drogas (CAPSad), mas pelo fato de existir um estudo recente, tese de Mestrado Profissional em Saúde da UFRR, da autoria de Fabrício Barreto (2016), sobre itinerário terapêutico do CAPSad, e evitando a redundância, foram escolhidos por conveniência os outros dois dispositivos. O CAPS II – Dona Antônia de Matos Campos, está localizado na Rua Dom José Nepote, nº 901 – Bairro São Francisco, Boa Vista – Roraima, CEP: 69305-085. O número de telefone deste CAPS é: (95) 3624-2384. O CAPS III / 24h – Edna Maccelaro Marques de Souza está localizado na Av. Cap. Ene Garcez, nº 497 – Centro, Boa Vista – Roraima, CEP: 69301-160. Telefone: (95) 3623-2496.

Essa pesquisa foi desenvolvida em quatro fases. A primeira consistiu em construir uma revisão bibliográfica para contextualizar a RAPS no território de Boa Vista – RR, qualificar o projeto no Programa de Mestrado em Saúde da UFRR, e também em apresentar o projeto de pesquisa à Secretaria de Estado da Saúde – SESAU, assim como à Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. Foram entregues cópias do projeto aos secretários responsáveis pelos CAPS pesquisados, e devidamente autorizadas pelos responsáveis das secretarias. Também foi obtida autorização de execução deste projeto no Sistema CEP/CONEP, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR nº 2.701.699 (ANEXO C).

Já na segunda fase, foram desenvolvidas as atividades de coleta de dados em campo, onde foram realizadas visitas aos CAPS durante seus respectivos horários de

funcionamento. A técnica aplicada para coleta de dados foi de entrevistas semiestruturadas, com a finalidade de captar informações inerentes ao itinerário terapêutico realizado pelas pessoas que buscam ajuda em momento de sofrimento psíquico grave e intenso (CABRAL, et. al., 2011). Também foi realizada uma verificação documental dos registros de prontuários dessas pessoas, para complementação de algumas informações.

No terceiro momento foi desenvolvido o tratamento dos dados coletados em campo, para a construção dos resultados desta pesquisa, através da análise de conteúdo das entrevistas, na perspectiva de Bardin (2016). Foram organizadas as informações coletadas através das entrevistas e sistematizadas as principais temáticas que surgiram, formando assim, o que este autor chama de *corpus*, que é “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2016 p. 126).

E finalizando o estudo através da análise das informações coletadas, verificamos os aspectos da dinâmica de funcionamento das RAPS em Boa Vista, tendo como critério o Modelo de Atenção à Saúde Mental de cunho biopsicossocial. Considerando os CAPS como principais dispositivos de construção de uma atenção humanizada à saúde mental, buscamos retratar um panorama dessa dinâmica de funcionamento da RAPS neste município, através de características específicas do itinerário terapêutico desses usuários dos CAPS pesquisados.

### **3.2 SUJEITOS PESQUISADOS**

Os sujeitos deste estudo foram seis usuários do CAPS II e do CAPS III, selecionados por conveniência. Os critérios de inclusão como participante da pesquisa constituíram pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, que tinham capacidade cognitiva suficiente para responder aos questionamentos. Foram entrevistados 06 (seis) usuários de CAPS, e para análise de conteúdo (BARDIN, 2016) dos dados, considerou-se as entrevistas realizadas, gravadas e depois transcritas na íntegra.

### 3.3 COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados seguiu estritamente os aspectos éticos previstos nas Resoluções CEP/CONEP N° 466, de 12 de dezembro de 2012, e N° 510, de 07 de abril de 2016. Essa pesquisa foi autorizada conforme Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR n° 2.701.699(ANEXO C).

Só participaram da pesquisa aquelas pessoas que, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), e também da certificação de que não restavam dúvidas quanto às informações do TCLE, concordaram em participar e firmaram esse acordo assinando este termo.

Os dados obtidos para análise de conteúdo (BARDIN, 2016) foram as entrevistas realizadas com esses usuários, que posteriormente foram transcritas na íntegra. Após isso, realizou-se uma análise minuciosa das entrevistas de cada usuário, elencando elementos conforme o objetivo desta pesquisa e desenvolvida uma tabela descrita no APÊNDICE C, para facilitar essa análise. Dessas entrevistas semiestruturadas foram elencados os seguintes questionamentos norteadores, conforme o objetivo deste estudo, que são:

- 1- Dados de identificação do entrevistado;
- 2- Características do agravo à saúde mental (diagnóstico);
- 3- Histórico do agravo;
- 4- Trajetória da busca de cuidados; e
- 5- Condição atual da terapêutica.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E DE SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL**

Para a coleta de dados foram abordados usuários dos CAPS priorizando aqueles que são participantes assíduos das atividades dos CAPS II e do CAPS III, pois alguns outros usuários desses CAPS frequentam esporadicamente, fato este que poderia prejudicar a coleta das entrevistas.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, na qual se preteriu o número de participantes em detrimento da qualidade das informações coletadas, houve seis usuários entrevistados que foram considerados para análise posterior. Dentre as seis pessoas entrevistadas consideradas para a análise, houve três usuários de cada CAPS, sendo três mulheres e três homens. A faixa etária dessas pessoas variou entre 29 e 61 anos de idade, todas consideradas como usuárias e usuários de CAPS há mais de um mês.

Para a análise de conteúdo (BARDIN, 2016) dessas entrevistas, informamos que a identidade dos participantes é preservada, sendo que os entrevistados foram identificados como E1, E2, E3, E4, E5 e E6. Breve histórico de cada entrevistado:

E1: Mulher, tem 29 anos de idade, possui um histórico de maus tratos, abandono pela mãe, violência doméstica, abuso sexual por parentes próximos. Relata ter diagnóstico de depressão grave e ideação suicida;

E2: Homem, 48 anos de idade, tem histórico de problema neurológico desde a infância, também de abandono paterno. Relata ter epilepsia, esquizofrenia, transtorno paranoico e depressão moderada;

E3: Homem, 43 anos de idade, tem histórico de tratamento tumor cerebral com duas neurocirurgias (alega ter ocorrido erro médico em uma delas), também histórico de abandono pela família (esposa e filhas). Relata ter diagnóstico de depressão moderada, estresse, transtorno de pânico e surto psicótico;

E4: Mulher, 61 anos de idade, histórico de tratamentos em saúde mental anteriores em outros estados, inclusive internação em hospital psiquiátrico. Relata ter diagnóstico de esquizofrenia;

E5: Homem, 34 anos de idade, histórico de surtos paranoicos e internações involuntárias na ala psiquiátrica do Hospital Geral de Roraima – HGR, com fugas dessas internações. Relata ter diagnóstico de esquizofrenia;

E6: Mulher, 31 anos de idade, histórico de abusos sexuais, ideação suicida e automutilação. Internações voluntárias e involuntárias no HGR. Alega ter diagnóstico de depressão grave, automutilação e depressão grave. Consta em seu prontuário esquizofrenia, episódios depressivos, anorexia nervosa e transtorno de personalidade.

#### **4.1.1 Sobre os diagnósticos**

Antes de iniciarmos essa discussão, por se tratar de sofrimento psíquico e transtornos mentais (que ainda hoje se apresenta como um adoecimento estigmatizado por parte da sociedade), é importante atentarmos e levarmos em consideração a complexidade da natureza humana e seus desdobramentos. Que se apresenta não definitiva e não cristalizada, e qualquer tentativa de classificação incorre na incompletude e no reducionismo.

Para melhor compreensão sobre o diagnóstico dos participantes deste estudo, durante as entrevistas foi perguntado aos usuários: De que se tratava seu problema de saúde mental? De que forma ele percebia o seu adoecimento psíquico? O que é que as pessoas e os profissionais de saúde mental lhe disseram sobre seu adoecimento? Num segundo momento da coleta de dados, foram verificados os prontuários desses usuários, para ratificar ou confrontar essas informações sobre hipóteses diagnósticas. Mas também reiteramos a importância de um diagnóstico com maior precisão para ampliar as possibilidades de uma intervenção mais eficiente.

Dentro deste contexto foi possível verificar algumas características da dinâmica dos itinerários terapêuticos: primeiramente, a existência de um lapso temporal significativo entre o momento que a pessoa e seus familiares percebem algum

desencadeamento de um processo de sofrimento psíquico (adoecimento), até o momento de acessar os serviços de saúde mental. Percebemos na fala deles, por exemplo:

E2: Na verdade isso aconteceu quando eu tive uma crise, um surto, com dois anos de idade.

E1: Eu já tava cansada de tudo, de todas as coisas que eu já sofri desde pequena.

E6: Eu só fiquei doente quando... no dia que meu pai faleceu, [...] aí eu já perdi a minha vó, a mãe do meu pai, meu tio, irmão dele, e mais um tio. [...] aí quando me contaram...

Na fala da E6, ela mesma percebe e relata que começou a adoecer desde seu primeiro luto, seu pai, mas a intervenção da família em levá-la a busca de ajuda se deu, após o falecimento de mais três entes queridos, avó e dois tios, conforme a percepção da entrevistada. Só a partir deste momento seus familiares começam a ter uma maior preocupação em dar atenção ao seu sofrimento psíquico depressivo, já nesta altura, em situação grave e oferecendo risco a vida dela.

Retomando o estudo de Alves (2015) sobre o IT, o *nexus* de significado da doença envolve a busca e a avaliação dos tratamentos disponíveis que são acessados, desta maneira, comumente as primeiras percepções sobre esse adoecimento ficam permeadas de dúvidas e angústias, vivenciadas não só pelas próprias pessoas que estão adoecendo nesse processo, mas também por outras pessoas próximas (familiares ou não) que sofrem junto.

E1: Então eu convivi com vovó, sendo assim, ela me criou sempre sofrendo também.

Segundo a análise de conteúdo (BARDIN, 2016), quando foi verificada a congruência ou não das hipóteses diagnósticas citadas em seus prontuários, em relação ao diagnóstico relatado nas entrevistas, há dois principais pontos a serem destacados. O primeiro é que as hipóteses diagnósticas citadas nos prontuários desses participantes da pesquisa, são sim congruentes com o diagnóstico relatado.

A segunda pontuação é a de que no diagnóstico relatado, alguns participantes informaram doenças além das que estão contempladas em seus prontuários. Por exemplo: O E2 tinha em seu prontuário, conforme CID-10 F06 - Outros transtornos

mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e doença física e G40 – Epilepsia. Ele reconhece esses diagnósticos, mas ele cita também outros. Assim como E3:

E2: Só que ao chegar aqui o que que aconteceu? Foi descoberto que eu tenho quase todas dos tipos de esquizofrenia, então, eu tenho também transtorno paranoico, também tenho. Além de esquizofrenia eu também tenho transtorno paranoico. E além disso, eu também ainda tenho depressão moderada.

E3: Muita ansiedade, nervosismo, estresse, depressão, entendeu? [...] Aí como foi mexido na parte que comanda as emoções também, né?

#### 4.1.2 Histórico e características do agravo à saúde mental

Fazendo análise do histórico percebemos em todas as entrevistas realizadas por esse estudo, que o início ou o agravo do sofrimento psíquico grave e intenso (que evolui para um adoecimento) está relacionado a um rompimento de vínculo afetivo em algum momento da vida. Não estamos aqui discutindo sobre a etiologia do transtorno, mas sim percebendo na análise do conteúdo dessas entrevistas, o momento em que a pessoa entrevistada compreende e identifica como desencadeador do processo de adoecimento.

Caracteriza-se por ser um evento de perda vivenciado em certo momento da vida, na qual a pessoa não supera de forma satisfatória, desencadeando sofrimento psíquico grave e intenso, que acaba evoluindo para transtornos mentais. As falas abaixo corroboram esse fenômeno observado:

E1: [...] eu fui abandonada pela minha mãe primeiro. Fui abandonada por ela.

E2: Aí! Meu pai não ajudava em nadinha em casa, nada, nada, nada, as coisas que eles tinha em casa era, porque minha mãe trabalhava, minha mãe trabalhava nos três turnos.

E3: Aí mais a separação da esposa aí [...] minhas filhas me abandonaram, que moram no Maranhão.

E4: Quando eu cheguei lá do Pará, aí daqui eu já fui assim, tudo que me dizia eu chorava.

E5: Eu tava muito inquieto, eu tava surtando, fiquei perturbado porque eu perdi a minha vó, né? Eu larguei o meu estudo. [...] tomando remédio e dormindo, né! É, pra esquecer que avó morreu.

E6: [...] eu só fiquei doente quando... no dia que meu pai faleceu, às vezes eu fico pensando nele, né!

Segundo Kübler-Ross em seu livro intitulado “Sobre a morte e o morrer” (1969), as pessoas que vivenciam a perda de um ente querido, a quebra de um vínculo afetivo de alguém muito próximo, tendem a passar posteriormente por cinco principais fases de reação emocional ao luto, que servem para superar essa perda. São elas na seguinte ordem:

- Negação: fase em que a pessoa fica em estado de choque emocional, não quer acreditar nem aceitar a perda;
- Raiva: sentimento sem muita lógica para o momento, mas a pessoa tenta achar um culpado (até a si mesmo), pelo falecimento, faz questionamentos;
- Barganha: sentimento que geralmente acompanha a raiva, onde a pessoa gostaria de ter mais uma chance;
- Depressão: condição não patológica, mas sim de vivenciar o luto com a tristeza da perda, mas começa a iniciar um processo de aceitação;
- Aceitação: acata as mudanças e transformações em sua existência considerando já a ausência daquela pessoa querida. (KÜBLER-ROSS, 1969; KÜBLER-ROSS, 1998).

Essa autora destaca ainda que essas fases não ocorrem necessariamente nesta ordem apresentada, e que o luto é vivenciado de forma tão individual quanto a própria subjetividade da existência daquela pessoa. Mas aponta que quando alguém não supera de forma satisfatória alguma dessas fases, o luto pode vir a tornar-se em patologia e trazer à tona outras comorbidades em saúde mental.

Freud em seu texto sobre “Luto e Melancolia” (1925) já destacava que a pessoa enlutada apresenta um “desânimo profundamente penoso, cessação pelo interesse no mundo externo, a perda da capacidade de amar” (FREUD, 1925 p. 250). Ainda Freud nos explica que a perda do objeto amado pode significar a perda de parte do próprio ego. E nos explica sobre o quadro clínico de uma pessoa quando ela entra em estado patológico por não superar o luto:

É assim que encontramos a chave do quadro clínico: percebemos que as auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente (FREUD, 1925 p. 254).

A segunda característica percebida através da análise de conteúdo (BARDIN, 2016), é a presença da violência, seja ela física, psicológica, doméstica ou sexual. Pedrosa e Zanello, em seu estudo intitulado “(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental” realizado com profissionais de saúde mental, apontam a violência “como sendo fator de peso para a compreensão do adoecimento psíquico” (PEDROSA & ZANELLO, 2016 p. 06). Alguns desses profissionais chegaram a relatar que cerca de 90% das pessoas atendidas pelos CAPS tem histórico de ter sido vitimada pela violência.

Também foi identificada em nosso estudo, a presença da violência de alguma natureza no histórico desses usuários de CAPS, inclusive a violência percebida por essas pessoas em algumas instituições de saúde ao qual fizeram parte de tentativas anteriores (aos CAPS) de tratamento:

E1: É que eu fui maltratada, muito. [...] Fui abandonada por ela, aí como minha vó viu que ela me maltratava demais, queria me matar. Me pegou e me criou. [...] Mas antes disso, eu fui abusada pelo meu tio. Fui ameaçada a não contar pra ninguém. [...] até que completei 15 anos e a minha mãe me entregou pra um cara que eu não queria, então eu sofri na mão desse homem 7 anos.

E3: Aí ele fez a cirurgia aqui no HGR, malfeita a cirurgia [...] O *médico* disse: “Oh! teu tumor tá no mesmo lugar aí”. Eu digo: “Como? Mas não foi tirado doutor?” Diz ele: “O cara não fez a coisa certa e tirou... não tirou”. [...] ele disse: “Não, tu vai vivendo aí, daqui a dois anos tu faz uma tomografia e me traz, porque tu não vai morrer disso aí não, agora não, entendeu?” Aí com dois anos eu fiz a tomografia, aí me disseram: “agora a gente vai ter que operar”.

E4: Cheguei lá o pessoal tudo dizendo “é essa mulher que tava com problema na coluna, ela tá bem gorda, essa daí não tinha era nada”. Aí pronto, botei isso na minha cabeça, aí já comecei, não dormia, não comia, já só chorando e escutando voz mandando me matar.

E5: Me amarravam lá, me amarrava. [...] Fugi até... fugi até do hospital lá, de lá do Hospital Geral eu fugia. Debaixo de chuva eu fugia.

E6: um rapaz que... foi ele que mexeu comigo. [...] É, aí foi que eu uma vez cortei [...] porque foi a minha amiga que arrumou a brincadeira aí, não sei o que, aí eu falei pra ela “você é doida, é?”.

Essa brincadeira ao qual E6 se refere é a automutilação, utilizada como uma forma de alívio para sofrimento e angústia pela violência sofrida, já que E6 foi vítima de abuso sexual, quando se refere ao rapaz que “mexeu” com ela. Até aqui identificamos algumas características das pessoas que foram entrevistadas e sua história, assim como

algumas informações sobre os seus diagnósticos. A partir deste momento passamos a abordar o percurso realizado na busca de cuidados em saúde mental, através dos IT's dessas pessoas.

## **4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO**

### **4.2.1 Cuidados Prévios**

A partir do momento de identificação de adoecimento por parte da própria pessoa e de seus familiares, inicia-se a tentativa de compreender o que está acontecendo. Neste momento a pessoa e seus familiares encontram-se permeados por dúvidas e angústias, assim sendo esse estudo pode verificar que existem três principais características a respeito da busca de compreensão e tratamento da enfermidade: o apoio familiar, o apoio comunitário e também o apoio de alguma instituição religiosa.

#### **4.2.1.1 Instituições religiosas**

Este estudo demonstra que quando uma pessoa e/ou seus familiares reconhecem um sofrimento psíquico que está levando ao adoecimento, o recurso prévio mais utilizado (na qual não faz parte dos equipamentos em saúde, seja público ou privado), é o das instituições religiosas. A experiência religiosa/espiritual se apresenta como uma referência, neste primeiro momento, para a compreensão desse adoecimento, levando em consideração suas crenças. Assim, ela traz consigo algo místico em símbolos e significados para essa compreensão.

Sem distinção de religiões ou crenças (esse assunto não diz respeito ao estudo), foi possível percebermos que as pessoas em sofrimento psíquico lançam mão da sua espiritualidade em busca de ajuda, como um dos primeiros recursos além de seu círculo familiar.

O sofrimento gerado pelo adoecimento pode levar o sofredor (doente) a buscar por meio da fé e da esperança a cura ou o alívio do infortúnio que o acomete de forma aguda ou crônica. São esses sentimentos que levam o doente a buscar as agências religiosas onde em geral encontram apoio. (REINALDO, 2012 p. 537)

Em nosso estudo, das seis pessoas apenas uma entrevistada relatou não ter buscado nenhuma ajuda espiritual/religiosa antes de qualquer outro recurso. E6 relata que conheceu na igreja os amigos que sempre lhe ajudaram em suas crises. O E2 Relata que sempre teve apoio de sua igreja, que frequenta semanalmente desde a infância, e hoje é pastor. Há também a fala de E1 que identifica essa busca religiosa.

E1: Tinha uma igreja do lado da casa da minha patroa, então ouvia aquelas músicas que eles tão cantando, os louvores. então aí isso aí mexeu comigo, mexeu muito comigo, fiquei muito arrepiada. Então do nada... só sei que do nada eu tava lá na igreja já. [...] de ir pra lá eu não lembro, só sei que eu tava lá já sentada chorando já.

E2: Aí minha mãe reza a Deus - que eu sou adventista de berço.

Uma observação interessante foi a de que, uma pessoa de referência religiosa ou um contexto de referência religiosa, em alguns casos serve como oferta e mediação de cuidado, podendo ser um elo de ligação entre a pessoa adoecida e sistema formal de saúde. Por exemplo, vejamos a fala de E4:

E4: Já lá no Pará de volta pra... volta pra... a minha filha me leva num... num negócio de um rezador, né? [...] Aí ele disse: “olhe, a sua mãe tá precisando de um psiquiatra bem forte porque senão, ela vai ficar doidinha de tirar a roupa e sair correndo na rua”.

Ou seja, a referência que a filha de E4 tinha para buscar auxílio e compreensão do que estava acontecendo foi num “rezador”, mas este percebeu se tratar de um adoecimento mental e sugeriu que elas buscassem os serviços em saúde mental para tratamento. Também houve outro entrevistado que relembra à época em que residia num município do interior do Estado, e comenta ter sido auxiliado pelo pastor de sua igreja:

E5: Aí a doutora *Fulana* e o doutor *Beltrano*, eles como doutores, né. Médico, né! Aí eles conseguiram esse Caps pra mim [...]. Eles me levaram lá de carro, eles têm condição, né!

Assim sendo, temos a vivência da religiosidade/espiritualidade como um fator que em alguns casos, fortalece o indivíduo no enfrentamento do adoecimento psíquico. Em

que a fala dos entrevistados indica que para eles, não existe um conflito entre religião e os serviços de saúde, demonstra inclusive como uma possibilidade de encaminhamento aos serviços de saúde mental, através dos próprios aconselhamentos religiosos.

#### 4.2.1.2 Recursos da comunidade e/ou familiares

Analisando o itinerário terapêutico, todos os entrevistados citaram ao menos uma ou algumas pessoas de referência que comumente estavam presentes em seus cuidados, geralmente algum familiar. E2 traz longas citações em sua entrevista elogiando os cuidados que sua mãe sempre teve com ele desde sua tenra infância. E4 cita por diversas vezes a presença de sua filha em todas as suas buscas de ajuda para seu adoecimento, e reconhece também o esforço da irmã em lhe ajudar. E6 tinha um amigo e vizinho que lhe socorreu por algumas vezes, inclusive em tentativa de suicídio.

E2: [...] ela não sabia, foi a minha irmã [...] que disse: “mamãe, isso não é neurologista, isso é psiquiatria, o problema dele é psiquiátrico”. A minha irmã: “não é neurologista, é psiquiátrico”. [...] eu dizia sempre: eu vou fazer minha vida depois que a minha mãe morrer, eu dedico a minha vida para a minha mãe [...]. E a minha mãe foi a peça principal comigo [...]. A minha irmã e a minha mãe foram achando psiquiatra na rede.

E3: Aí foi preciso o pai mandar buscar a minha mãe lá do Maranhão que eles são separados, aí minha mãe veio cuidar de mim.

E4: Minha filha me adulava [...]. Agora eu comecei a trabalhar ali com a minha irmã, que ela me deu um trabalho pra mim ajudar ela, pra ver se eu melhora também, pra eu não ficar todo tempo parada, né?

E6: [...] aí no último, aí foi um amigo meu que me levou.

A E1 fala de sua avó, que sempre a protegeu de abusos de seus tios e avô, e também do abandono pela mãe. Protegia-a até fugindo e escondendo-se com ela por causa das ameaças dos outros familiares.

E1: Eu fui abandonada pela minha mãe primeiro [...]. Aí como minha vó viu que ela me maltratava demais, queria me matar. Então, nesse caso minha vó me pegou dela e ela me criou. Então, eu convivi com vovó sendo assim, ela me criou sempre sofrendo também. Aí a gente dormia no mato. [...] é a gente foi... por causa dos maus-tratos do meu avô. E eu fui assim e fui crescendo.

Deixemos esclarecido aqui que este recurso por algumas vezes não está dissociado do recurso religioso, principalmente para aquelas pessoas que no passado residiram em municípios ou pequenas comunidades do interior, em regiões rurais, por algumas possuírem essa característica de terem práticas sociais comunitárias atreladas a uma religiosidade/igreja.

E5 por exemplo, quando questionado sobre como conheceu a pessoa que lhe ensinou a tocar clarinete, atividade artística ao qual ele admite ter uma importância significativa em seu tratamento de saúde mental, diz:

E5: Eu conheci eles desde quando eu comecei a aprender a música com ele, desde 2005 pra cá que eu conheci eles [...]. Era assim, eles visitando uma reunião de evangelização lá na **Vicinal X**, de uma reunião de evangelização. 15 em 15 dias ele ia lá ensinar [...]. É um doutor que muito sofreu pra me ensinar música.

No artigo intitulado “Mais música, menos Haldol: uma experiência entre música, *Phármakon* e loucura”, os autores indicam que a música tem a capacidade de proporcionar ao paciente a sublimação de impulsos, fazendo assim com que os conflitos inconscientes e as emoções dolorosas possam se transformar em ações socialmente aceitáveis e que possibilitam a catarse. (ZANELLO & SOUSA, 2010). Como na experiência de E5, ao qual informou que tinha uma agressividade latente antes de começar a praticar música, mas reconhece muito orgulhoso que a música possibilitou uma transformação em sua pessoa, conseguindo diminuir seus impulsos agressivos. “Toda arte pode fomentar empatia, sublimação e imaginação, essenciais à saúde.” (GUTFREIND, 2019 p. 20).

#### **4.2.2 Cuidados nos serviços em saúde**

##### **4.2.2.1 Serviços em saúde (geral) antes dos CAPS**

Dois dos entrevistados, E2 e E3 trataram de problemas neurológicos antes de realizarem tratamentos psiquiátricos por transtorno mental. Também E4 fazia tratamento para dor crônica na coluna cervical. E1 frequentava o Posto de Saúde em sua comunidade, especificamente participava do Programa Saúde da Mulher.

E2: Na verdade isso aconteceu quando eu tive uma crise, um surto, com dois anos de idade. [...] Que eu fiquei sem respirar, eu fiquei como morto, fiquei verde, verde. [...] ela me levou no médico, aí eu comecei a fazer tratamento neurológico.

E3: Eu comecei a sentir muitas dores na cabeça, muitas dores [...] resolvi procurar um neuro [...]. Aí foi identificado dois tumores no meu cérebro. [...] ficou admirado assim: “rapaz, tá com tumor na cabeça cara, tem que tirar isso aí”. Aí ele fez a cirurgia aqui no HGR, malfeita a cirurgia [...]. Aí eu levei pro *Dr. Fulano*. O *Dr. Fulano* disse: “Ó, teu tumor tá no mesmo lugar aí”. Eu digo: “Como? Mas não foi tirado doutor?” Diz ele: “O cara não fez a coisa certa e tirou... não tirou”. [...] ele disse: “não, tu vai vivendo aí, daqui a dois anos tu faz uma tomografia e me traz, porque tu não vai morrer disso aí não, agora não” entendeu? Aí com dois anos eu fiz a tomografia, aí me disseram: “agora a gente vai ter que operar” [...]. Aí como foi mexido na parte que comanda as emoções também, né!?

E4: Eu tava fazendo um tratamento da coluna [...] no Coronel Mota. [...] aí passei uns oito meses fazendo esse tratamento, aí não melhorava. Aí a... a ortopedista disse que era pra mim comprar aquelas agulhas acupuntura, né? Aí fazia com agulha.

E1: Sim. Foi... foi numa consulta do... saúde da mulher.

Como afirmara Bertagnoni et al (2012) em seu estudo sobre itinerário terapêutico, essa rede de serviços públicos em saúde é escassa, e quanto mais periférica as moradias dessas pessoas maiores as dificuldades para ter um acesso (ESPÍRITO SANTO & FERREIRA, 2012).

#### 4.2.2.2 Serviços em saúde mental antes dos CAPS: a entrada na RAPS

Observamos nos itinerários terapêuticos que existem algumas principais características sobre os serviços em saúde mental utilizados antes de serem usuários de CAPS. A primeira delas, menos relevante, mas necessário se considerar que a maioria das pessoas utiliza somente a rede pública de saúde como possibilidade de cuidados em saúde mental, apenas E2 comenta ter tido atendimentos psiquiátricos particulares.

Outra característica, essa merece destaque, a de que se evidenciou que a “porta de entrada” na RAPS ocorre a partir de atendimentos emergenciais com internações em hospitais gerais e/ou hospitais psiquiátricos, devido a surtos. Fato que aparece em todas as falas abaixo. E2 foi internado em hospital psiquiátrico em uma cidade de outro Estado quando sua irmã percebeu que seu problema era psiquiátrico, E3 teve atendimento

emergencial no HGR, E4 esteve internada no hospital psiquiátrico Eduardo Ribeiro, em Manaus – AM. E5 também se refere a internações no HGR, assim como E6.

E a terceira característica, a de que o tratamento inicialmente ocorre por atendimentos psiquiátricos e tem o objetivo de priorizar a intervenção psicofarmacológica. Mas nesse primeiro momento de acesso aos serviços em saúde mental, não identificamos uma atenção psicossocial nem tratamento psicológico.

E2: foi a minha irmã, que aí quando deu a crise em 97, 2000, que disse: “mamãe, isso não é neurologista, isso é psiquiatria, o problema dele é psiquiátrico”. A minha irmã: “não é neurologista, é psiquiátrico”. [...] foi identificado em Belém. [...] aí eu fui num psiquiatra da prefeitura [...]. Só que eu tomo... o remédio que eu tomava, que eu tomava Rivotril, Clonazepam, Risperidona e o... [...]. A minha irmã... a minha irmã e a minha mãe foram achando psiquiatra na rede pública de saúde. Aí fui passando de psiquiatra pra psiquiatra [...] na UISAM.

E3: Dez anos já na Uisam. São dez anos, tomando medicamento todo tempo, Carbamazepina, Amitriptilina, Levozine, entendeu? E Clonazepam. [...] surtei mesmo [...]. Fui lá pro HGR e já... mas aí o doutor *Fulano* que era o médico que ficava de plantão, só mandava... aplicava as injeções e mandava o paciente pra casa.

E4: Aí ela me trouxe pra Manaus. Chegou em Manaus eu fui lá pra aquele não sei o que Ribeiro. Pro Eduardo Ribeiro. Aí vim cá, me consultei lá com a médica, ela também disse que eu ia ficar o resto da vida tomando remédio [...]. Fui pro Coronel Mota (UISAM). Aí me consultei um monte de vez com aquele psiquiatra [...] Alenquer, o médico vinha de Santarém na lancha, aí me consultava e voltava de novo [...] só ia lá, consultava e pegava um remédio e ia pra casa.

E5: Eu tava muito inquieto, eu tava surtando, fiquei perturbado [...]. Aí eu tomava remédio muito forte [...] lá no Hospital Geral. Me amarravam lá [...]. Fugi até... fugi até do hospital lá, de lá do Hospital Geral eu fugia. Debaixo de chuva eu fugia [...], porque eu não gostava, [...] às vezes eu pegava alta, aí eu ia pra casa tranquilo, ficava tomando remédio e deitado dormindo com sono. Eu pegava muito pra poder ir pro interior de ônibus [...]. Naquele tempo eu não conhecia a Caps ainda.

E6: Cheguei em casa, quando eu saí do trabalho, cheguei em casa eu tentei cortar, entendeu? [...] aí eu peguei e fui no... no HGR, aí eu recebi um medicamento lá [...]. Aí no último aí foi um amigo meu que me levou [...]. Aí mandou internar [...], me liberaram, porque eu já tava melhor.

Essa característica dos itinerários terapêuticos desses usuários de CAPS denota uma possível ausência de cuidados em saúde mental na atenção básica. Bertagnoni et al (2012) reitera que uma alternativa para o fortalecimento da RAPS seria o fortalecimento da atenção básica em cuidados de saúde mental. Mas não é pela atenção básica que a maioria desses usuários de CAPS acabam entrando na RAPS.

#### 4.2.2.3 Então, como acessaram os CAPS?

Primeiramente temos um destaque positivo de funcionamento da RAPS com eficiência na intervenção a partir da identificação de um risco de suicídio, na atenção básica. A enfermeira do Posto de Saúde de uma comunidade do interior do Estado, que já tinha uma maior interação com as pessoas daquela localidade, identificou um risco de suicídio e encaminhou para o atendimento psicológico no referido posto. Após o acolhimento e uma avaliação da situação, constatado risco iminente de suicídio, a psicóloga decidiu trazê-la à Boa Vista para tratamento no CAPS.

E1: Vim parar aqui por causa que planejei me matar [...]. É, ela tava lá, né? E eu não sabia que ela tava lá, eu fui me pesar aí a enfermeira falou pra mim, do nada assim: “tem uma psicóloga aí, você quiser conversar com ela pode ir lá com ela, você que tá precisando”. Porque ela já sabia um pouco da minha história [...]. Só tinha uma psicóloga lá [...] me ajudou e me trouxe pra cá, ela mesmo que me trouxe.

Quanto aos outros entrevistados, E2 relata que estava fazendo tratamento psiquiátrico particular quando sua irmã obteve informações com outras pessoas sobre o CAPS e o levou para lá. E3, E4 e E6, depois de terem sido internados em hospitais (psiquiátricos ou não) para tratamento foram encaminhados ao CAPS. E5 foi trazido do interior do Estado por um casal de médicos que lhe encaminharam ao CAPS.

E2: Aí a minha irmã disse assim: “vou te tirar desse médico, porque a gente tá pagando 40 reais, 40, 50 reais todo mês, e eu não vejo resultado. Então, eu vou te tirar desse médico e eu vou procurar um tratamento melhor pra ti”. [...] aí ela achou pra mim o CAPS, [...] eu comecei a vir pra cá.

E3: Foi uma psicóloga lá do Cosme e Silva. É, porque ela trabalhava aqui, [...] mas eu já tinha pedido pro doutor da Uisam, que eu vinha pra cá pro Caps [...]. Aí eu tava tendo ataques direto [...]. É, e surto, essas coisas. Aí ela me encaminhou logo pra cá.

E4: Aí eu prefiro vir pra cá do que ficar em Manaus, né? Que aqui eu também eu acho mais tranquilo.

E5: Naquele tempo eu não conhecia a CAPS ainda [...]. Aí a doutora *Fulana* e o doutro *Fulano*, eles como doutores, né, médico [...]. Aí eles conseguiram esse Caps pra mim [...]. Eles me levaram lá de carro, eles têm condição, né?

E6: Eu tô no Caps desde quando eu tava internada [...], encaminharam pra mim vir pra cá, porque eu tava ansiedade, eu tava chorando e não sei o que [...], aí eu vim pra cá.

Ou seja, a maior parte dos entrevistados, antes de acessarem os serviços dos CAPS, acabaram passando por internações hospitalares. Foi identificada apenas uma situação na qual aparece a atenção básica em saúde precedendo esses cuidados em saúde mental, e a *porta de entrada* do paciente na RAPS acaba sendo de forma mais desgastante para esses usuários, pois as internações nem sempre são consentidas pela situação de agravamento do transtorno psiquiátrico.

#### **4.2.2.4 E hoje, qual a percepção do usuário sobre o tratamento nos CAPS?**

Ao serem questionados sobre sua atual condição terapêutica, como é, e o que acham dos serviços prestados pelos CAPS, E2, E4 e E5 tecem elogios ao tratamento no CAPS. E1 tece também elogios, mas faz crítica concernente a falta de medicamento.

E1: Aqui eu tô sendo atendida bem. [...] consegui até que o remédio acabou, né? Depois que o remédio acabou passei quatro dias sem tomar, então voltou de novo.

E2: Aí o tratamento disponibilizado pra esquizofrenia aqui no Caps 2 é um dos melhores do Brasil, porque eu já fiz essa pesquisa, ele compete com o melhor Caps 2 que é o de Alagoas, de Maceió, que o Caps 2 é referência do Brasil inteiro. E nós, aqui em Boa Vista, não temos defasagem de tratamento para esquizofrenia [...] iam caminhar oito e meia da manhã, antes do café [...], porque nós tínhamos práticas corporais [...]. Era só movimento tal, movimento tranquilo pra não causar dor, pra não dar problema, porque todo mundo tinha problema, todo mundo tinha.

E4: Aqui eu me senti melhor [...], a minha filha me adulava: “ah mamãe, no CAPS a senhora vai melhorar, vá”. Pois, olha, agora eu tô ótima é [...], faz outras atividades, tem muito amigo, né? Um vai dando força pro outro [...]. Fizemos festinha, dancemos quadrilha [...]. Graças a Deus eu tô bem [...]. Eu considero outra família que eu tenho aqui.

E5: É, melhorei mais, troquei de remédio [...], melhorou mais a saúde mental.

E3 se refere mais aos problemas de gastos com medicamentos alegando a falta destes no CAPS, e E6 preferiu não se pronunciar sobre o tratamento no CAPS, apenas informou que participa todos os dias.

E3: Aí eu tinha que comprar os meus medicamentos, que aqui quase não tem, aí eu mando manipular, [...] aí nós tem que comprar do bolso, [...] eu gasto em torno de uns 350 por mês, né? Só de medicamento por fora que eu tenho que comprar.

E6: Eu participo, só que aí eu não gosto de ficar falando porquê... [...] todo dia, de segunda a sexta.

Resultado este que reitera a cronificação dos usuários pelos coletivos repetitivos, em que apesar das atividades desenvolvidas pelos CAPS, quando há uma crise tende-se a repetir-se a lógica de contenção medicamentosa, no qual o saber biomédico volta a ser prioritário, o que Lancetti (2013) chama de cronificação e Paulo Amarante chama de Capsização (2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração que todos os entrevistados identificaram o início do adoecimento marcado por um rompimento de vínculo afetivo (fator desencadeante), e também considerando o lapso temporal entre o início do adoecimento e o acesso aos serviços públicos em saúde mental, e ainda contando que a maioria dos entrevistados tiveram internações hospitalares (alta complexidade) antes de acessarem o tratamento nos CAPS, podemos concluir que fica evidente a precariedade de um cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde, ou seja, é uma deficiência na RAPS, o cuidado em saúde mental na atenção básica. É possível fazer ainda algumas colocações quanto a isso, que as ações preventivas em saúde mental na atenção básica ou são ineficientes ou são inexistentes.

Se temos no histórico do itinerário terapêutico da maioria dos entrevistados um início de adoecimento a partir desse rompimento de vínculo afetivo, na qual a pessoa identifica a partir daí o início de um adoecimento, poderíamos supor que talvez, neste momento, a pessoa possa estar sofrendo de Transtorno de Adaptação, ou também conhecido como Stress Emocional. Segundo CID-10:

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais, ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator estresse pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação). (OMS, 2000, p. 337).

Considerando que nossa suposição fosse verdadeira, uma intervenção terapêutica na atenção básica em saúde poderia dar um melhor suporte para esse stress emocional e evitar o agravamento e/ou desencadeamento de outras patologias. O que reforça a importância de um fortalecimento da atenção à saúde mental na atenção básica (baixa complexidade em saúde), como as UBS's e NASF, a fim de evitar o que acaba acontecendo com a maioria dos entrevistados, que é acessar a RAPS a partir de internação hospitalar, na alta complexidade do sistema de saúde.

Pois o lapso temporal, que ficou evidente em nosso estudo, entre a percepção do início do adoecimento, até o acesso a RAPS, sem o devido cuidado e tratamento em

saúde mental, acaba sendo fator de agravamento à saúde mental por falta de cuidados. A entrevista de E1 reforça a ideia de eficácia no cuidado em saúde mental a partir da intervenção na atenção básica, quando é levada ao CAPS no mesmo dia do acolhimento feito pela psicóloga em um Posto de Saúde na comunidade em que vivia no interior do Estado.

Outra observação é ainda uma priorização de um tratamento psicofarmacológico, ou a psiquiatrização, a cronificação dos CAPS (LANCETTI, 2013). Talvez mais arte e “menos Haldol” (ZANELLO E SOUSA, 2010) seria uma possibilidade de tirar o foco principal do tratamento da intervenção psicofarmacológica, como aparece na experiência de E2 com a música, por exemplo. Mas essa necessidade de medicalização é também percebida como prioritária por alguns entrevistados, que é a cronificação do usuário dos serviços. Tanto é que, as únicas reclamações referentes aos CAPS feitas pelos usuários se resumiram em falta de medicamento.

Em relação aos cuidados prévios, o que fazem antes de acessarem a RAPS, temos duas principais pontuações. A primeira, que os usuários percebem a religião/espiritualidade como um lugar de produção de saúde também, podendo vir a ser um elo de ligação aos serviços formais em saúde. A segunda, a de que nos recursos comunitários e/ou familiares sempre existe alguém ou algumas pessoas que cuidam de quem está adoecendo. Comumente um familiar, mas podendo ser um amigo ou vizinho. Geralmente estão ao lado apoiando e ajudando na busca por compreensão do adoecimento, tratamento adequado e também protegendo.

Sim, protegendo, porque também observamos com esse estudo que no decorrer do adoecimento psíquico, ou até na etiologia desse adoecimento, está presente a violência, seja a física, a sexual, a psicológica, a doméstica, entre outras. E encerramos nossa análise com o reconhecimento, pela maioria dos entrevistados, de que o tratamento desenvolvido pelos CAPS hoje, é considerado como sendo melhor do que tratamentos anteriores em outros dispositivos de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e o nexus de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, nº 42, Janeiro/Junho de 2015.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. *In.* GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado de. **O alienista**. São Paulo: Martin Claret, 2010. (Coleção a obra prima de cada autor).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTAGNONI, Larissa; et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, 23(2), 153-162. Disponível em <<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i2p153-162>> Acessado em 10 de novembro de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS n. 196/96. Disponível em <[http://www.funedi.edu.br/index.php?view=article&catid=10%3Acomite-de-etica&id=40%3Aresolucao-cns-no196&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com\\_content&Itemid=273](http://www.funedi.edu.br/index.php?view=article&catid=10%3Acomite-de-etica&id=40%3Aresolucao-cns-no196&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&Itemid=273)> Acesso em 20 de março de 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília: Senado Federal, 2006.

BRASIL. Decreto n. 8243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 de set. de 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm). Acesso em 10 de novembro de 2017.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 de set. de 2000. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm). Acesso em 01 de novembro de 2017.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de set. de 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> Acesso em 20 de março de 2017.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 de dez. de 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/docs/l8142.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf)> Acesso em 10 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A à Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)>. Acesso em 10 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)> Acesso em 10 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)> Acesso em 20 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS: saúde e trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_saude\\_trabalho.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_saude_trabalho.pdf)> Acesso em 10 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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 02 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto**

**terapêutico singular**. 2.<sup>a</sup> edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Estabelece as seguintes diretrizes e normas da Política Nacional de Saúde Mental. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf). Acesso em 19 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em : <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)> Acesso em 10 de outubro de 2017.

BRUM, Eliane. Os loucos somos nós. In: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CERQUEIRA, Luiz da Rocha. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/MIOLO\\_TECNICAS\\_DE\\_ATUACAO2.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf)> Acesso em 10 de outubro de 2017.

DESCARTES, René. **As Paixões da Alma**. Trad. Ciro Mioranza. São Paulo: Escala. 2009. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal).

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. Trad. Ciro Mioranza. São Paulo: Escala. 2009. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal).

ESPÍRITO SANTO, Wanda; FERREIRA<sup>1</sup>, Jaqueline. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [ 1 ]: 179-198, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia (1917[1915])**. Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GUTFREIND, Celso. **A Arte de Tratar: por uma psicanálise estética**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados do Censo 2010**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=140010&search=roraima|boa-vista> Acesso em 09 de novembro de 2017.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **A Roda da Vida: memórias do viver e do morrer**. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1969.
- LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- LIMA, Maria Cristina P; BOTEGA, Neury José. Hospital-dia: para quem e para quê? **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo: Unicamp, 2001.
- MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tieko. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.
- MARX, Karl. **O Capital**. Vol. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.
- MASSIMI, Marina; GUEDES, Maria do Carmo (Orgs.). **História da Psicologia no Brasil: novos estudos**. São Paulo: EDUC / Cortez, 2004.
- MENDONÇA FILHO, Manoel. VASCONCELOS Michele de Freitas Faria. Por uma genealogia das políticas de inclusão de saúde mental contemporânea: da produção de políticas identitárias e de modos variados de confinamento. *In*. MENDONÇA FILHO, Manoel; NOBRE, Maria Teresa. **Política e Afetividade: narrativas e trajetórias de pesquisa**. Salvador / São Cristóvão: EDUFBA / EDUFS, 2009.
- NOGUEIRA, Cíntia Aparecida de Oliveira. **Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - área de concentração Saúde Pública - da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP) para a obtenção de título de Mestre Botucatu:[s.n.], 2009.
- PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. vol. 32 n. esp., pp. 1-8. Brasília: UNB, 2016.

PINEL, Philippe. **Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2007.

PINHO, Paula Andreia; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun. 2012.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. **Sufrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem**. Esc. Anna Nery vol.16 no.3. Rio de Janeiro: Set. 2012.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

ROTerdã, Erasmo de. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Novo Horizonte, 1984. (Coleção Os Grandes Clássicos da Literatura).

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, Ângela Maria Moreira (Coord.) et al. **Manual de normas para a apresentação dos trabalhos técnico-científicos da UFRR**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2017.

SILVA, Laura Belluzzo de Campos. Reflexões sobre a criação e o fechamento de um hospital-dia no contexto da reforma psiquiátrica em São Paulo. **Interações**. Vol. VII N 14, Dez 2002.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

WEBER, César Augusto Trinta; JURUENA, Mário Francisco. Inclusão de Usuários de Hospital-Dia em Saúde Mental: uma revisão. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Ribeirão Preto – SP: 2014.

ZANELLO, Valeska; SOUSA, Gustavo. **“Mais música, menos Haldol”: uma experiência entre música, *Phármakon* e loucura**. Brasília: IESB, 2010.

## ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ - REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROCISA



Ofício nº 21/2017 - PROCISA.

Boa Vista - RR, 11 de Agosto de 2017.

Da: Coordenação de Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde –  
PROCISA  
Prof.ª Dr.ª Fabíola Carvalho

Ao: Secretário Municipal de Saúde  
Cláudio Galvão dos Santos

**CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Eu, RODRIGO SCALABRIN, responsável principal pelo projeto de Mestrado em Saúde, o qual pertence ao curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade federal de Roraima- UFRR venho pelo presente, solicitar, através da Secretaria Municipal de Saúde, Autorização para realizar pesquisa no, para trabalho de pesquisa sob o título "**Rede de Atenção Psicossocial em Boa Vista: panorama à partir do itinerário terapêutico de usuários do serviço**", com o objetivo geral de conhecer a dinâmica de funcionamento da RAPS em Boa Vista, a partir do itinerário terapêutico dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Orientado pelo Prof. Dr. Calvino Camargo.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Rodrigo Scalabrin : bmscalabrin@hotmail.com , 3625-6587,99170-8144,98118-8618

Prof. Dr. Calvino Camargo: calvino\_camargo@hotmail.com,calvino.camargo@ufr.br,  
98117-0411

Atenciosamente,

*Fabíola Carvalho*

**Prof.ª Dr.ª Fabíola Carvalho**

Coordenadora do PROCISA

Portaria nº. 398/GR

Concordamos com a solicitação       Não concordamos com a solicitação

Cláudio Galvão dos Santos  
Secretário Municipal de Saúde

Universidade Federal de Roraima  
Campus Paricarana  
Av. Cap. Ene Garcez, N.º 2413 – Bairro/ Aeroporto CEP: 69.304-000 Boa Vista/RR  
Telefone: (95) 3623-5236 – procisa@ufr.br

**ANEXO B****DECLARAÇÃO**

O Departamento de Políticas de Saúde Mental – DPSM declara, para os devidos fins, que o Sr. Rodrigo Scalabrin está autorizado a realizar para fins acadêmicos no Centro de Atenção Psicossocial Edna Marcellaro Marques de Souza – CAPS III, localizado na Av. Capitão Ene Garcez – 497 – Centro, seguindo todos os preceitos e parâmetros dispostos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde; serão permitidos consulta aos prontuários, vedado cópia dos mesmos; antes das entrevistas deverá ter o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo usuário ou pelo tutor; a publicação dos resultados encontrados na pesquisa deverão ter o aval do diretor do DPSM.

  
**EDSON MONTEIRO NETO**  
Coordenador Geral da Atenção Especializada  
CGAE/SESAU

  
**RODRIGO SCALABRIN**  
Acadêmico do Curso de Psicologia/UFRR

## ANEXO C



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À PARTIR DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO

**Pesquisador:** RODRIGO SCALABRIN

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 83414617.5.0000.5302

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Roraima - UFR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.534.639

#### Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador: O presente estudo pretende investigar no município de Boa Vista, quais os caminhos percorridos ao qual as pessoas se utilizam quando percebem a necessidade de um cuidado em saúde mental, ou seja, seu itinerário terapêutico. A intenção é perceber como funciona a Rede de Atenção Psicossocial em Boa Vista, fornecendo um panorama atual desta rede.

#### Objetivo da Pesquisa:

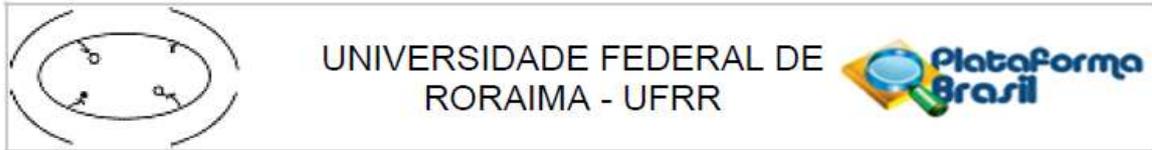
Geral:

Conhecer a dinâmica de funcionamento da RAPS em Boa Vista, a partir do itinerário terapêutico dos usuários dos CAPS.

Específicos:

- Identificar quais são as estratégias utilizadas na busca de cuidados quando uma pessoa percebe estar em sofrimento psíquico grave e intenso, desde os recursos antes de entrarem em contato com os serviços públicos de saúde, durante este contato, até o momento em que a pessoa se perceba como sujeito do processo terapêutico;- Apontar a trajetória que deve ser realizada pelos usuários para ter uma atenção psicossocial em saúde mental;- Verificar se existem relações com os serviços em saúde no território, como por exemplo, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família –

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.  
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000  
 UF: RR Município: BOA VISTA  
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.534.639

NASF;- Analisar como ocorrem as articulações para efetivar a RAPS, a partir dos CAPS e outras redes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios da pesquisa foram apresentados no Projeto Detalhado e no Projeto Simplificado. No TCLE não foram apresentados os benefícios.

**Riscos:**

Como riscos mínimos previstos para este estudo, elencamos a possibilidade de ocorrer possíveis afloramentos de sentimentos e emoções, que possam causar desconforto psicológico para essas pessoas que serão entrevistadas. Como por exemplo, a tristeza gerada pela reflexão e/ou a recordação que alguma pergunta possa desencadear ao participante. As medidas, no caso de ocorrer isto, será de acolhimento e escuta desta pessoa.

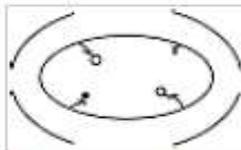
**Benefícios:**

Os benefícios desta pesquisa serão os resultados que apontarão para um panorama da atual situação da RAPS em Boa Vista a partir dos CAPS, permitindo subsídios para a construção de ações em saúde mental, que venham aperfeiçoar as possibilidades de expansão do funcionamento da RAPS. A intenção é disponibilizar informações que possam subsidiar melhorias dos serviços em saúde mental de Boa Vista. Além disso, ao finalizar este estudo, serão disponibilizados os resultados para todos que contribuíram para a execução, com cópias do trabalho final que serão encaminhadas aos CAPS participantes, assim como para as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- 1) pesquisa qualitativa, de cunho exploratório;
- 2) Serão realizadas entrevistas com usuários dos CAPS do município de Boa Vista
- 3) Informações sobre os participantes: Os sujeitos deste estudo serão os usuários do CAPS II e do CAPS III, selecionados por conveniência, e também alguns familiares mais próximos destes usuários, aqueles que acompanhem a terapêutica e tenham um laço afetivo familiar.
- 4) Critério de inclusão e exclusão: Os critérios de inclusão na pesquisa serão pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, não indígenas e que tenham plena capacidade cognitiva preservada. Como

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.  
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000  
 UF: RR Município: BOA VISTA  
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.534.639

critérios de exclusão da população pesquisada, não participarão pessoas menores de dezoito anos, indígenas e pessoas que tenham sua capacidade cognitiva afetada devido à patologia.

5) número da mostra: Serão pesquisados 10 (dez) usuários em cada CAPS, somando-se 20 usuários no total de entrevistados.

6) Informações sobre a coleta de dados: Para facilitar a apreensão da trajetória terapêutica percorrida por esses sujeitos e seus significados para estes, efetuaremos 04 (quatro) entrevistas para cada usuário e/ou familiar, que multiplicados pelo número total de participantes da pesquisa que serão 20 (vinte), contabilizando um total de 80 (oitenta) entrevistas nos dois CAPS. Dessas entrevistas semiestruturadas são elencados os seguintes questionamentos norteadores conforme o objetivo deste estudo, que serão:

- Dados de identificação do entrevistado;
- Características do agravo à saúde mental (diagnóstico);
- Histórico do agravo;
- Trajetória da busca de cuidados; e
- Condição atual da terapêutica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Folha de rosto;
- 2) TCLE: falta indicar/acrescentar os benefícios da pesquisa
- 3) carta de Anuência para a realização da pesquisa assinada pela Coordenadora do PROCISA e pelo Secretário Municipal de Saúde. É importante salientar que assinatura do secretário não está 100% visível.
- 4) Cronograma de pesquisa e roteiro de entrevista abordado no Projeto Detalhado.

**Recomendações:**

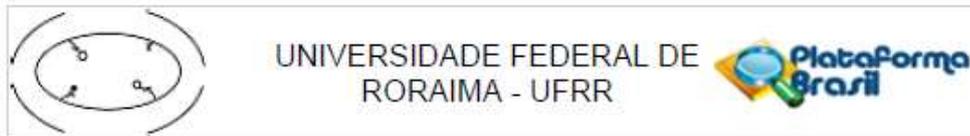
Recomenda-se:

- 1) reenvio da Carta de Anuência com assinatura do Secretário Municipal da Saúde visível
- 2) Ao retornar a pendência indicada pelo CEP/UFRR com relação ao TCLE verificar o cronograma da pesquisa e necessidade de possíveis adequações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise deste protocolo o CEP/UFRR conclui a seguinte pendência:

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.  
Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000  
UF: RR Município: BOA VISTA  
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.534.639

Inclusão dos benefício da pesquisa no TCLE. Recomenda-se o uso da redação sobre os benefícios da pesquisa apresentada no Projeto Detalhado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1036929.pdf	17/02/2018 13:29:09		Aceito
Outros	sesauautoriza.pdf	17/02/2018 13:26:26	RODRIGO SCALABRIN	Aceito
Outros	semsamautoriza.pdf	17/02/2018 13:25:10	RODRIGO SCALABRIN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/02/2018 13:21:03	RODRIGO SCALABRIN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/11/2017 23:49:17	RODRIGO SCALABRIN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISARAPS.docx	19/11/2017 23:41:09	RODRIGO SCALABRIN	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 09 de Março de 2018

Assinado por:  
MANUELA SOUZA SIQUEIRA CORDEIRO  
(Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.  
Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000  
UF: RR Município: BOA VISTA  
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

Você está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO À PARTIR DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO sob responsabilidade do pesquisador Rodrigo Scalabrin. Este estudo tem por objetivo conhecer a dinâmica de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial em Boa Vista, a partir do itinerário terapêutico dos usuários dos CAPS. Este estudo é importante porque o resultado que apontará para um panorama da atual situação da RAPS em Boa Vista a partir dos CAPS, permitirá subsídios para a construção de ações em saúde mental, que venham aperfeiçoar as possibilidades de expansão do funcionamento da RAPS. A intenção é disponibilizar informações que possam subsidiar melhorias dos serviços em saúde mental de Boa Vista e para usuário destes serviços. Como riscos mínimos previstos para este estudo, elencamos a possibilidade de ocorrer possíveis afloramentos de sentimentos e emoções, que possam causar desconforto psicológico para os entrevistados, como por exemplo, a tristeza gerada pela reflexão e/ou a recordação que alguma pergunta possa desencadear ao participante. As medidas, no caso de ocorrer isto, serão de acolhimento e escuta. Você poderá consultar o pesquisador responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo telefone da instituição, para esclarecimento de qualquer dúvida. Você está livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa ou não responder alguma pergunta. Todas as informações fornecidas por você e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e, estes últimos só serão utilizados para divulgação do resultado final da pesquisa que apontará para um panorama das Redes de Atenção Psicossocial em Boa Vista. Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato destes poderem mudar seu consentimento em autorizar a participação da pesquisa. Você não terá qualquer benefício ou direito financeiro sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Além disso, ao finalizar este estudo, serão disponibilizados os resultados para todos que contribuíram para a execução, com cópias do trabalho final que serão encaminhadas aos CAPS participantes, assim como para as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Diante das explicações, se você concorda em participar desta Pesquisa, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura a seguir.

Participante:

Nome: \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura – Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura - Pesquisador responsável

OBS.: Termo apresenta duas vias, uma destinada ao responsável legal e a outra ao pesquisador.

Nome Pesquisador: Rodrigo Scalabrin	Cargo/Função: Psicólogo
Instituição: Universidade Federal de Roraima – UFRR Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA. Endereço: Acessando a UFRR pela entrada próxima ao Centro Amazônico de Fronteiras – CAF, fica no primeiro prédio à direita. Fone: (95) 3623-5236	
E mail: <a href="mailto:scalabrinbm@gmail.com">scalabrinbm@gmail.com</a>	
Telefone: (95) 3625-6587 / (95) 99170-8144	
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR nº 2.701.699 Av. Cap. Enne Garcês, 2413 - Aeroporto, Boa Vista - RR, 69310-000 UFRR - Universidade Federal de Roraima, Campus Paricarana.	

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

- 1- Dados de identificação do entrevistado;
- 2- Características do agravo à saúde mental (diagnóstico);
- 3- Histórico do agravo;
- 4- Trajetória da busca de cuidados; e
- 5- Condição atual da terapêutica.

## APÊNDICE C

**Quadro3:** Caracterização dos sujeitos

Nº DA ENTREVISTA	GÊNERO	IDADE
01	F	29
02	M	48
03	M	43
04	F	61
05	M	34
06	F	31

**Quadro4:** Características do Adoecimento (Transtorno mental)

Nº DA ENTREV.	HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS CID-10	DIAGNÓSTICO RELATADO	CARACTERÍSTICA	HISTÓRICO
01	F32 - Episódios depressivos e F60 - Transtornos específicos da personalidade	Depressão grave, Ideação suicida	Maus tratos, abandono, violência doméstica, violência sexual e violência psicológica. Relato de personalidade dissociativa de identidade.	Maus tratos pelo avô. Abuso sexual pelo tio na infância, convivência, maus tratos e abandono pela mãe. Posteriormente violência psicológica e sexual pelo ex companheiro por 7 anos, desde os 15 anos de idade.
02	F06 - Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e	Esquizofrenia Transtorno Paranoico Depressão Moderada	Abandono paterno desde a infância. Convulsão com hipóxia, surtos psicóticos frequentes.	Crise de hipóxia aos 02 anos de idade. Diagnostico de problema neurológico na infância.

	doença física e G40 - Epilepsia			Convulsões diárias dos 02 aos 17 anos. Abandono paterno desde a infância.
03	F33 - Transtorno depressivo recorrente e F41 - Outros transtornos ansiosos	Depressão moderada, ansiedade, estresse, transtorno de pânico e surto psicótico	Nível de ansiedade elevado frequentemente. Surtos psicóticos e de pânico frequentes, períodos depressivos.	Tratamento psiquiátrico e farmacológico 10 anos na UISAM, Identificação de tumor cerebral. Duas neurocirurgias (erro na primeira) para retirada de tumor no cérebro. Abandono pela família (esposa e filhas), retorno a casa da mãe para cuidados especiais.
04	F20 - Esquizofrenia	Esquizofrenia	Inadaptação a migração. Surtos psicóticos com ideação suicida. Pânico, paranoia, agressividade e momentos de inconsciência.	Início do tratamento no CAPS de Alenquer - PA, onde o médico ia esporadicamente de lancha para fazer os atendimentos, com duração de dois anos. Ida a Manaus, para internação no Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Atualmente se sente muito bem acolhida pelo CAPS III.

05	F20 - Esquizofrenia	Esquizofrenia paranoide	Agressividade latente e surtos paranoicos.	Início dos surtos paranoicos aos 18 anos, após o falecimento de sua avó. Internamentos no HGR, ficando amarrado. Fugas dos internamentos forçados no HGR. Foi morar num sítio no interior, (levava grandes quantidades de medicamento para durar).
06	F20 - Esquizofrenia, F32 - Episódios depressivos, F50 - Anorexia nervosa e F60 - Transtornos específicos de personalidade	Depressão grave, automutilação e tentativa de suicídio.	Epilepsia. Violência sexual. Ansiedade e crises depressivas com muito choro, automutilação (cortes nos braços), tentativa de suicídio.	Vítima de abusos sexuais, com ameaças de morte. Uma amiga lhe ensinou a se cortar para aliviar o sofrimento. Um amigo percebeu, num dia de crise depressiva, a automutilação e o risco iminente de suicídio. Chamaram socorro, e ela foi encaminhada ao HGR para internação psiquiátrica provisória. Posteriormente ela foi encaminhada para o CAPS III para tratamento.

**Quadro5:** Características do Itinerário Terapêutico

Nº DA ENTR EV.	CUIDADOS PRÉVIOS		CUIDADOS NOS SERVIÇOS EM SAÚDE	
	INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS	RECURSOS DA COMUNIDADE E/OU FAMILIARES	SAÚDE MENTAL	OUTROS SERVIÇOS EM SAÚDE
01	Igreja evangélica, por iniciativa própria, frequentou algumas vezes mas depois abandonou, sem continuidade (não houve vinculação às práticas).	Sua avó que a protegia e fugia com ela, inclusive se escondendo na mata.	Atendimento psicológico no Posto de Saúde Indígena, que identificou risco de suicídio e encaminhou para tratamento no CAPS III.	Posto de saúde na comunidade indígena (DSEI) e Saúde da mulher. CASAI LESTE internação.
02	Sempre teve apoio e frequenta semanalmente a igreja Adventista desde a infância.	Sempre teve sua mãe muito presente em seus cuidados. Na adolescência a irmã identificou (ou sugeriu) que ele tinha problema psiquiátrico e não neurológico.	Tratamento psiquiátrico em Belém - PA, e psicofarmacológico. Clínica particular de psiquiatria em Boa Vista. UISAM (CAPS III). Há 04 anos em tratamento no CAPS II. Caminhadas, práticas corporais.	Desde 02 anos de idade tratamento neurológico e medicalização psiquiátrica pelo Posto de Saúde em Belém.

03	Nenhum.	Cuidados pela ex-esposa, pela mãe e pelo pai. CAPS leva em atividades culturais extramuros.	Dez anos de tratamento psiquiátrico na UISAM. Atendimento psiquiátrico no HGR (surto). Psicoterapia no Hospital Cosme & Silva (encaminhamento CAPS). Atualmente CAPS III (relatou frequente falta de medicamento psiquiátrico).	Hospital Coronel Mota, neurologista. Neurocirurgia HGR. Tratamento farmacológico custeado em grande parte por ele.
04	Rezador em Alenquer - PA (este que sugeriu que a família procurasse um psiquiatra urgente)	Quem identificou a necessidade de buscar ajuda foi a filha. Relato de que a interação social com os amigos do CAPS lhe fazem muito bem.	Tratamento no CAPS de Alenquer - PA por 2 anos (psiquiátrico e farmacológico). Internação psiquiátrica no Hospital Eduardo Ribeiro em Manaus - AM. Encaminhamento ao CAPS III desde início do ano quando veio a Boa Vista. Elogia muito o tratamento recebido no CAPS.	Tratamento para dor crônica na coluna cervical em Alenquer - PA. Curou a dor crônica no tratamento de acupuntura do Hospital Coronel Mota.

05	Igreja evangélica Congregação Cristã do Brasil. Foram os pastores desta igreja que encaminharam ele ao CAPS, pois o pastor é médico e sabia do serviço.	O pastor da igreja que lhe ensinou a tocar clarinete, o que auxiliou consideravelmente em seu tratamento. Utiliza a música para lidar de forma mais assertiva com suas emoções.	Internações psiquiátricas sem consentimento (forçadas) no HGR, posteriormente e tratamentos pela UISAM e atualmente CAPS II.	Não relatado nada sobre.
06	Participa de igreja evangélica. Seus amigos são da igreja.	Amigo que lhe ajudou a ser socorrida na tentativa de suicídio. Um vizinho que percebeu que ela estava chorando e levou ela para atendimento no HGR.	HGR para internação psiquiátrica, com posterior encaminhamento para CAPS III	Atendimentos no Hospital Coronel Mota com neurologista para tratamento das crises de epilepsia.