



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Práxis em Saúde Mental em Centros de Atenção Psicossocial III do Distrito Federal

Alice Rejany Nogueira Carvalho

BRASÍLIA - DF

2026



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Práxis em Saúde Mental em Centros de Atenção Psicossocial III do Distrito Federal

Alice Rejany Nogueira Carvalho

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa.

BRASÍLIA - DF

2026

Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob
orientação do Prof.º Dr.º Pedro Henrique Antunes da Costa

Banca Examinadora

Pedro Henrique Antunes da Costa

(Universidade de Brasília)

Presidente

Emiliano de Camargo David

(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Membra Titular Externa

Gardenia de Souza Furtado Lemos

(Universidade Federal de Goiás)

Membro Titular Externa

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu companheiro, Lucas, pelo apoio ininterrupto, seu bom humor e seu senso de urgência em viver me fizeram caminhar e rir, duas coisas preciosas demais pra mim. Obrigada por me transmitir sua ferocidade em devorar a vida e extrair tudo dela. Você é incansável, amor. Te amo!

Agradeço às queridas que acreditaram que eu poderia enfrentar o mestrado e me deram vários empurrões. Sara, Marina, Gabriela e Aline, muito obrigada. Agradeço também à minha família, que sempre entendeu minhas ausências, pouco me cobraram e muito me respeitaram.

Agradeço ao meu grande amigo e companheiro de trabalho, Igor. Obrigada por me dar o suporte suficiente para seguir com o mestrado mesmo diante de tantas demandas no e do trabalho.

Meu imenso agradecimento aos usuários dos CAPS que participaram da pesquisa, que dispuseram de seu tempo e abriram seu mundo com tanta disposição e respeito ao meu trabalho.

Agradeço também aos trabalhadores dos CAPS, que em meio a tantas contradições, sejam externas ou internas, seguem nesse ato laborioso de acompanhar vidas das mais complexas e enfrentar as mais diversas situações que o serviço público pode dispor.

Muito agradecida também às gerentes dos CAPS estudados, que sempre apoiaram e recepcionaram com muita atenção e cuidado a pesquisa nos serviços aos quais gerenciam. Mulheres admiráveis!

Meu imenso agradecimento ao meu orientador, por sustentar esse lugar tão impossível, que é de transmitir conhecimento, mas também paixão pela ciência, educação e pela vida e, ao mesmo tempo, acompanhar alguém no processo de escrita.

Agradeço às minhas colegas de mestrado, que juntas compartilhamos a angústia desse processo, mas também soubemos rir juntas. Obrigada Maria, Elisa, Vitória e Clara.

Agradeço também a banca examinadora, que dispôs de seu tempo (algo precioso nos tempos atuais) e de seu conhecimento para avaliar meu trabalho, o que com certeza contribuirá para a minha formação.

Tenho muito a agradecer aos estudantes de graduação do grupo de pesquisa que me auxiliaram e muito me ensinaram com suas percepções críticas de muita qualidade. Obrigada Guilherme, Larissa, Julia e Raquel, vocês foram essenciais nesse percurso. Pude aprender,

compartilhar minhas angústias e rir muito com vocês. Preciosidades.

Por último e não menos importante, agradeço à minha gatinha, Vênus, esse ser não humano, capaz de acolher as mais diversas angústias sem dizer uma palavra, apenas com sua presença.

RESUMO

Esta dissertação analisa a práxis em saúde mental de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III do Distrito Federal, sendo um de modalidade geral e outro voltado para álcool e outras drogas (AD). Fundamentada na categoria de práxis da tradição marxista e nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a pesquisa investiga as contradições entre o projeto ético-político da atenção psicossocial e o cotidiano institucional. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, que utilizou a triangulação de dados por meio de análise documental, observação participante e grupos focais com trabalhadores e usuários. Os resultados foram organizados em cinco eixos temáticos: 1) O lugar do CAPS no social; 2) Capsização; 3) As terapêuticas do e no CAPS; 4) A “alta” do CAPS; e 5) O desamparo dos trabalhadores. Os resultados expressam que o CAPS frequentemente assume uma função de “tapa-buraco social”, centralizando demandas que extrapolam o campo da saúde. Identificou-se o fenômeno da “capsização”, caracterizado pela centralização do serviço, o que dificulta a integralidade do cuidado. No âmbito terapêutico, observou-se uma tensão entre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a burocratização das práticas. Evidenciou-se a inexistência do debate sobre “alta” no discurso dos usuários e a angústia dos profissionais, sugerindo a produção de uma “nova cronicidade” em serviços que deveriam ser substitutivos. Por fim, o desamparo dos trabalhadores emergiu como um sintoma estrutural, agravado por políticas de gestão de pessoas generalistas e pela precariedade da educação permanente. Conclui-se que a práxis nos CAPS estudados encontra-se em constante disputa entre lógicas manicomiais e antimanicomiais, exigindo uma transformação societária mais ampla e o fortalecimento de políticas públicas intersetoriais.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica brasileira; saúde mental; práxis; paradigma; Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This dissertation analyzes mental health praxis in two Type III Psychosocial Care Centers (CAPS) in the Federal District, one providing general mental health care and the other focused on alcohol and other drugs (AOD). Grounded in the Marxist category of praxis and the principles of the Brazilian Psychiatric Reform, the study investigates the contradictions between the ethical-political project of psychosocial care and everyday institutional practices. This is an exploratory qualitative study that employed data triangulation through document analysis, participant observation, and focus groups with workers and service users. The findings were organized into five thematic axes: (1) the place of CAPS in the social sphere; (2) “capsization”; (3) therapeutic practices of and within CAPS; (4) discharge from CAPS; and (5) workers’ distress. The results indicate that CAPS frequently assumes a “social stopgap” role, concentrating demands that go beyond the health sector. The phenomenon of “capsization” was identified, characterized by service centralization, which hinders comprehensive care. In the therapeutic field, a tension was observed between the Singular Therapeutic Project (STP) and the bureaucratization of practices. The absence of discussion on discharge in users’ discourse and the distress experienced by professionals suggest the production of a “new chronicity” within services intended to be substitutive. Finally, workers’ distress emerged as a structural symptom, intensified by generalized human resource management policies and the precariousness of continuing education. It is concluded that praxis in the CAPS studied is marked by an ongoing dispute between manicomial and anti-manicomial logics, demanding broader societal transformation and the strengthening of intersectoral public policies.

Keywords: Brazilian psychiatric reform; mental health; praxis; paradigm; Psychosocial Care Centers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEP/CHS	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
DF	Distrito Federal
EPS	Educação Permanente em Saúde
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GF	Grupo Focal
HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISM	Instituto de Saúde Mental
MTST	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PL	Projeto de Lei
RA	Região Administrativa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal
RP	Reforma Psiquiátrica
RPD	Reforma Psiquiátrica Democrática
RENILA	Rede Nacional Internúcleos Da Luta Antimanicomial
SM	Saúde Mental
SPAS	Substâncias Psicoativas

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UISS	Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa empírica no CAPS III

Figura 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa empírica no CAPS AD III

Tabela 1 - População de abrangência dos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal

Tabela 2 - Eixos e suas subcategorias elencados após análise de conteúdo

Tabela 3 - Resultados expressos em categorias e eixos temáticos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	13
CAPÍTULO 1 -----	23
1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PAÍS -----	23
1.2 OS CAPS ENTRE A REFORMA E A CONTRARREFORMA -----	30
1.3 A RAPS E OS CAPS NO DISTRITO FEDERAL -----	34
1.4 A PRÁXIS NO CAPS NA SAÚDE MENTAL -----	51
CAPÍTULO 2 -----	54
2.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO-----	58
2.1.1 Da prática à práxis-----	59
2.1.2 A práxis dos profissionais-----	65
2.1.3 Práxis a partir dos usuários-----	68
2.1.4 A relação da gestão com a práxis -----	74
2.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ESTA REVISÃO DE LITERATURA -----	78
CAPÍTULO 3 -----	80
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO-----	80
3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO-----	86
3.2.1 O lugar do CAPS no social -----	88
3.2.2 Capsização-----	97
3.2.3 As terapêuticas do e no CAPS-----	102
3.2.4 A “alta” do CAPS -----	115
3.2.5 O desamparo dos trabalhadores -----	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	132
REFERÊNCIAS -----	137
ANEXOS -----	150
ANEXO A-----	151
ANEXO B-----	152
ANEXO C-----	153
ANEXO D-----	156

Quem anda no trilho é trem de ferro.
Sou água que corre entre pedras:
- liberdade caça jeito.
Procuro com meus rios os passarinhos
Eu falo desemendado.

Manoel de Barros, *O guardador de Águas*

APRESENTAÇÃO

A minha experiência acadêmica, na assistência à saúde mental pública e particular, e os caminhos aos quais minha vida trilha são impossíveis de se separar, mas, com certeza tento ao máximo não confundi-las, é preciso manter as suas diferenças sempre à vista.

Desde o meu ingresso no curso de Psicologia já havia em mim, sem o entendimento do qual tenho hoje e sem os nomes que dou, algo inquietante que me fazia formular perguntas sobre a vida, seus afetos, suas relações, seus enigmas e, principalmente, suas injustiças sociais. Tomei o caminho científico como possibilitador de descobrir respostas frente às minhas questões e, mais do que ter respostas, poder fazer algo com minhas perguntas. Hoje, advertida que não há resposta que se sustente frente à dialética da vida. Com isso, sigo me perguntando sobre as *coisas*.

Ingressei na faculdade em 2013, o que com certeza se tornou possível por um conjunto de fatores e contingências daquela época, mas principalmente por ter tido a oportunidade de frequentar uma escola engajada politicamente e professores em sua maioria apaixonados pelo o seu fazer, o que ficou marcado em mim. Assim, como na escola os professores me transmitiram sua paixão pelo trabalho, na minha família não foi diferente. Contudo, o trabalho também me marcou como uma necessidade de sobrevivência, assim como na época, aos poucos ia visualizando as relações políticas presentes nessa relação com o trabalho e seus efeitos no tecido social.

Na escola, participei do Grêmio Estudantil e durante a adolescência participei de um coletivo da minha cidade, chamado MoLEC (Movimento, Lazer, Esporte e Cultura), o qual existe até hoje. Desde os cinco anos de idade residia na mesma cidade, zona rural e periférica de Brasília, saindo apenas no meio da graduação, com 19 anos, para residir mais próximo a faculdade. Ter vivido muitos anos, anos esses fundamentais, como infância e adolescência, em uma cidade de

pouco mais de 10 mil habitantes, zona rural e periférica, me trouxe ganhos importantes, como o senso comunitário e experiências coletivas significativas. Mas também trouxe, muito cedo, limites reais se tratando de acessibilidade e oportunidades.

Em 2013, ingressei no curso de psicologia e ao final do curso mantive um interesse dividido entre clínica e psicologia social comunitária, duas áreas que até então não conseguia dissociar. Mas, no estágio supervisionado II com ênfase em clínica, obtive meu primeiro contato com a saúde mental, quando o campo do estágio era no CAPS II Taguatinga. Já havia tido contato com saúde mental na minha cidade, onde residia duas figuras caricaturais, apelidadas de “Gogogas” e de “Maria do Bairro”, hoje leio como a expressão da loucura, mas antes essas duas figuras se faziam enigmas para mim, o que marcou fortemente minha infância e adolescência, o que atravessou minha experiência com a loucura. No estágio no CAPS tive contato com a residência em saúde mental, o que despertou meu interesse pelo campo, vi a possibilidade de transformar minhas inquietações em um retorno à sociedade e por meio do trabalho fazer algo possível em prol da transformação social, assim como vi ali, algo que trazia movimento a minha vida.

Entre 2017 e 2018 tentei passar no processo seletivo da residência, pois apesar de já estar trabalhando (algo impossível de não fazer), mantinha meu desejo firme em me aprofundar em saúde mental, já sabia intuitivamente que essa área era muito mais ampla que a psicologia em si e seu conhecimento, contudo, era através dessa profissão que os caminhos foram abertos e em 2019 depois de duas tentativas, ingressei no programa multiprofissional de residência em Saúde Mental do Adulto do Distrito Federal (DF). Desde esse momento, passei por uma transformação radical, principalmente como pessoa, e que incidiu radicalmente sobre minha posição política, minha relação com o conhecimento e o saber e, conseqüentemente, transformou minha práxis.

Antes de apresentar este trabalho, precisei me apresentar, considerando que este trabalho propõe-se também a dizer disto, da relação dialética entre o trabalhador com sua história e seu fazer, dialética essa que incide em sua práxis, possibilitando que pessoas transformem vidas e também as suas próprias. Desde a formação na Residência, venho conhecendo esse campo da saúde mental e suas contradições.

A partir de 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a saúde mental como um estado de bem-estar no qual o sujeito reconhece suas próprias capacidades, consegue lidar com os estresses cotidianos, trabalha de forma produtiva e participa ativamente da vida comunitária. Porém, essa definição apesar de deslocar o conceito de saúde mental da lógica restrita à ausência de transtornos mentais, afirmando-a como um processo complexo, relacional e historicamente situado, também apresenta seus limites e expressa um caráter normativo, ao definir saúde mental a partir da capacidade de o sujeito “trabalhar de forma produtiva” e “contribuir para a comunidade”, o que estabelece parâmetros de normalidade baseados em ideais de funcionalidade, adaptação e desempenho, que podem operar como critérios implícitos de normalização dos modos de existir (Gaino et al., 2018).

Nessa lógica, as pessoas consideradas com transtornos mentais correm o risco de serem interpretados com uma incapacidade individual de adaptação às exigências sociais, deslocando o foco das contradições estruturais que produzem sofrimento. Essa compreensão é fundamentada em uma racionalidade neoliberal, ao associar saúde mental à gestão eficiente de si, à resiliência e à capacidade de manter produtividade apesar das adversidades (Alcântara et al., 2022). No campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o conceito da OMS é frequentemente tensionado por não enfatizar suficientemente o direito à diferença e a legitimidade de modos de existência que escapam aos padrões normativos de normalidade e produtividade.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a partir das Leis nº 8.080 e nº 8.142, em 1990, foi possível consolidar a saúde como política pública no Brasil (Brasil, 1990a, 1990b) e é também nesse mesmo período, que avançavam os debates legislativos que culminariam na Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como será aprofundado mais a frente. Contudo, a Lei da reforma não direciona o funcionamento da saúde mental. Foi somente em 2003 que instituiu-se a Política Nacional de Saúde Mental, que passou a materializar seus princípios (Brasil, 2003).

A SM no Brasil, enquanto campo de saber-fazer, tem como base a Reforma Psiquiátrica Democrática e a Luta Antimanicomial. No Brasil, a SM se institucionalizou através do movimento organizado por militantes, que resultou no questionamento do que é considerado loucura e da construção de legislações que garantem o direito das pessoas consideradas com transtornos mentais, além de instituir políticas voltadas para garantia de direitos, como já citada, a Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001 que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, como também a criação da Rede de Atenção Psicossocial definida pela Portaria GM/MS nº3088, com o objetivo de expandir e organizar o cuidado em saúde mental como uma rede dentro do Sistema Único de Saúde.

Todavia, antes da institucionalização da Saúde Mental pelo legislativo, já havia trabalho em saúde mental sendo estruturado, dentro e fora dos hospitais psiquiátricos, principalmente pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, trabalhadores preocupados com as condições de seus trabalhos, as violações de direitos sofridas pelos pacientes e o fato da internação psiquiátrica ter se transformado em um depósito de pessoas excluídas socialmente, se reuniram para questionar a lógica vigente e, de forma organizada, transformar suas realidades.

A partir de iniciativas dos trabalhadores em saúde mental, foi possível questionar a lógica vigente e a leitura hegemônica sobre a loucura, bem como tensionar o legislativo para proteger os considerados, na época, doentes mentais. Contudo, o fechamento dos hospitais psiquiátricos continua acontecendo de forma gradual. E em substituição a esses, foram construídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002, a partir de uma deliberação do Ministério da Saúde, serviços pensados para se constituir como os equipamentos substitutos aos hospitais psiquiátricos e, posteriormente com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, os CAPS tornaram-se gerenciadores do cuidado em saúde mental.

Com base nos dados divulgados no Relatório Saúde Mental em Dados – Edição nº 13 referente a fevereiro de 2025 pelo Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial apresentaram uma expansão contínua ao longo da última década. O relatório apresenta um indicador de cobertura nacional de 1,13 CAPS por 100 mil habitantes, com uma crescente no número total de CAPS habilitados, passando de 2.062 unidades em 2013 para 3.019 em em 2024, distribuídos entre diferentes tipos de serviço: 1.522 CAPS I, 528 CAPS II, 146 CAPS III, 324 CAPS infanto-juvenil (CAPSi), 338 CAPS AD, 158 CAPS AD III e 3 CAPS AD IV.

A isso, aliam-se entraves que atravessam os próprios serviços substitutivos, os CAPS, com muitos deles reproduzindo elementos típicos da lógica asilar-manicomial, que é constitutiva desta sociabilidade, não sendo superada pelos avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica - o que não significa, em hipótese alguma, diminuir a importância desta. Nisso, apesar do avanço no campo das políticas públicas, autores como Pereira e Costa (2012) refletem se de fato a Reforma Psiquiátrica no Brasil questionou a instituição loucura, o que os trabalhos Basagliano e Roteliano, de fato, propõem.

Essas limitações se intensificam no presente, em meio a um conjunto de retrocessos que configuram o campo da saúde mental, álcool e outras drogas, caracterizados como Contrarreforma Psiquiátrica. Temos, assim, um cenário no qual se avança: a (re)manicomialização das políticas e dos processos assistenciais; o desmonte da RAPS, do SUS e demais políticas sociais, com transferência do fundo público para instituições privadas e manicomialis; junto ao conservadorismo, reacionarismo e fundamentalismo (Costa & Mendes, 2020).

Nesse contexto de recrudescimento de lógicas manicomializantes, torna-se evidente que os retrocessos no campo da saúde mental não se restringem à organização dos serviços, mas atravessam também as formas pelas quais o Estado interpreta e intervém sobre o sofrimento e as experiências de uso de álcool e outras drogas. Mais do que nunca, é necessário compreender como se dá a práxis na saúde mental, sua conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, com intuito de fortalecê-los.

No campo das políticas sobre uso de drogas e saúde mental, a crítica antiproibicionista emerge como uma reinterpretação necessária da forma como o Estado lida com o consumo de substâncias psicoativas, contestando abordagens punitivas, moralizantes e repressivas que predominam nas políticas proibicionistas. Essas abordagens historicamente associaram o uso de drogas à criminalidade e à periculosidade, reforçando estigmas e práticas de exclusão social — frequentemente ocorrendo em estreita articulação com formas de controle social que ultrapassam a própria saúde pública. Em contraposição, a perspectiva antiproibicionista na saúde mental advoga por uma lógica de cuidado pautada na lógica da Redução de Danos, ressaltando que a resposta às questões associadas ao consumo de drogas deve ser orientada por princípios de cuidado, ética e direitos humanos, não por normas de punição e criminalização. Contudo, os CAPS AD contém em si alguns pontos de contradição, uma vez que abarcam a lógica da RD, como

também podem conter práticas pautadas na abstinência. Além disso, Costa et al. (2018) apontam a problemática de centralizar o CAPS como único equipamento de cuidado às pessoas que apresentam sofrimento associado ao uso de drogas, quando na verdade se trata de uma questão que extrapola os próprios muros da saúde. No entanto, ainda que os CAPS abarque contradições e contenham neles as duas lógicas, RD e Abstinência, essa realidade expressa a possibilidade de uma instituição aberta, em contraste com as instituições asilares, em que só é possível a existência de uma lógica, como as Comunidades Terapêuticas, em que o mesmo “tratamento” é disposto a todos, caracterizando-a como uma instituição fechada (Rotelli, 2001) composta por saberes e práticas indisponíveis para mudanças em prol da singularidade dos sujeitos.

No DF há a Lei nº 6.643, de 21 de julho de 2020, que institui diretrizes para a criação e implementação do Programa de Redução de Danos no âmbito distrital, que em seu texto propõe,

[...] definindo esse conceito como um conjunto de políticas, programas e práticas voltados a reduzir os riscos e prejuízos à saúde biopsicossocial decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas, tanto para os próprios usuários quanto para suas famílias e a sociedade em geral (Distrito Federal, 2020).

A Lei distrital contribui para a reafirmação da RD como orientadora do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, bem como o cuidado em saúde de forma ampla.. No âmbito nacional o trabalho com Redução de Danos é regulamentado pela Portaria nº 1.028/2005 de 01 de julho de 2005 (Brasil, 2005), que estabelece a incorporação dessa lógica no conjunto dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, bem como regulamenta estratégias específicas de RD, como o fornecimento de insumos de prevenção. Teixeira et al. (2017) em uma análise das políticas sobre drogas de 2002 a 2016, considera a Portaria incipiente em seu caráter intersetorial, o que acarreta em prejuízos na materialização da política, não apenas por não favorecer a ampliação de

articulações intersetoriais na construção e execução de projetos, mas também por impossibilitar a compreensão das competências requeridas para a implementação das ações, o enfrentamento de disputas políticas e interpessoais por espaços de poder e o desenvolvimento de novas habilidades necessárias ao trabalho com saberes e práticas emergentes, o que influencia na práxis dos serviços.

Muito embora a Redução de Danos seja reconhecida normativamente como estratégia legítima de cuidado, a atuação profissional do chamado “Agente de Redução de Danos” ainda não possui regulamentação formal enquanto categoria de trabalho e a Portaria e a Lei acima citadas não garantem e/ou asseguram a RD como única lógica de cuidado presente nos CAPS AD e no âmbito da saúde como um todo.

As lógicas antimanicomial e antiproibicionista convergem na crítica às políticas que naturalizam a exclusão, o encarceramento e a medicalização como respostas centrais ao sofrimento e às questões sociais. A literatura crítica aponta que, quando políticas proibicionistas e manicomializantes se combinam — por exemplo, na forma de internações compulsórias ou no reforço de dispositivos de controle estatal sobre corpos considerados “perigosos” —, tende a se produzir um cenário de violação de direitos humanos, estigmatização e aprofundamento das desigualdades estruturais na sociedade (Silva et al., 2024). Portanto, os fundamentos antimanicomial e antiproibicionista articulam uma crítica profunda às bases biopolíticas e punitivas das políticas de saúde, defendendo a lógica da RD como central.

No DF, o movimento de Contrarreforma Psiquiátrica tem se manifestado na forma de uma RAPS ainda mais lacunar, fragmentada e insuficiente, marcada por baixa cobertura territorial e fragilidade na consolidação dos serviços comunitários. Conforme dados do relatório *Saúde Mental em Dados* do DF (Distrito Federal, 2022a), o território contava com apenas 18 Centros de Atenção Psicossocial, sendo: 1 CAPS I, 5 CAPS II, 4 CAPS infantojuvenis, 4 CAPS AD II e 3 CAPS AD

III. Contudo, quatro dessas unidades não possuíam habilitação junto ao Ministério da Saúde, o que restringe tanto o financiamento quanto a efetiva articulação da rede. Como resultado, até a realização da pesquisa, o DF tinha a segunda pior cobertura de CAPS de todas as 27 unidades federativas do país (Ministério da Saúde, 2025).

Esta pesquisa se volta a esta realidade, tendo como campo de estudo dois CAPS do tipo III (sendo um geral e outro para Álcool e outras Drogas - CAPS AD) localizados no Distrito Federal, e se orienta a partir da fundamentação teórico-política marxista, sobretudo as suas contribuições para a práxis em saúde mental, em perspectiva crítica, nos marcos das lutas antimanicomial e antiproibicionista. Serão tecidos diálogos com importantes autores(as) e movimentos da tradição marxista no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este trabalho se propõe a traçar um debate a partir da literatura e dos dados da pesquisa empírica, de forma a refletir sobre a práxis em saúde mental.

Para conduzir o leitor de forma estruturada e a facilitar a explanação dos pontos de discussão, este trabalho foi estruturado da seguinte forma: primeiro esta apresentação, seguida do primeiro capítulo, que está organizado em quatro subcapítulos, o primeiro contém uma breve contextualização da saúde mental no Brasil, o segundo tece sobre os CAPS, a reforma e a contrarreforma psiquiátrica, seguido do terceiro que disserta sobre a RAPS e os CAPS no Distrito Federal, local desta pesquisa, e por fim o último subcapítulo que versa sobre a práxis no CAPS na Saúde Mental. Em um segundo capítulo uma revisão bibliográfica da literatura sobre a temática estrutural da dissertação (práxis em saúde mental) e, logo após, no terceiro capítulo, a apresentação do percurso metodológico da pesquisa empírica, dos resultados e da discussão surgida a partir destes. O quarto capítulo é composto das considerações finais e apresenta uma proposta de devolutiva aos serviços campos da pesquisa empírica.

A pesquisa empírica tem como objetivo geral analisar como se dá a práxis em saúde mental de dois CAPS III do DF de modalidades diferentes (CAPS e CAPS AD). Quanto aos seus objetivos específicos, a) discutir de maneira comparativa e integrada como se dá a práxis em um CAPS III e um CAPS AD III do DF; b) compreender as confluências, intersecções e oposições entre as lógicas manicomiais e antimanicomiais na práxis em saúde mental de dois CAPS's III; e c) investigar as experiências e percepções dos trabalhadores e usuários quanto a práxis em Saúde Mental dos dois CAPS's III no DF.

CAPÍTULO 1

RESGATANDO CONCEITOS

1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO PAÍS

Através do Movimento da Luta Antimanicomial, com a oposição aos manicômios no Brasil no final dos anos 1970, articulada às lutas contra a ditadura empresarial militar e ao fortalecimento do movimento sanitário pelo direito à saúde, inicia-se a discussão no Brasil sobre as perspectivas de cuidado em saúde mental (Oliveira et al., 2011). Segundo Barbosa et al. (2012), os movimentos sociais se constituem no dia a dia, a partir da articulação de diferentes sujeitos e coletivos que problematizam as condições sociais vigentes. Muitas vezes, esses movimentos permanecem de forma potencial ou latente, até que determinadas conjunturas favoreçam sua expressão pública.

O Movimento da Luta Antimanicomial surge a partir da atuação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), constituído no contexto de abertura política pós-ditadura militar (Amarante, 1998). Esse movimento inicialmente se desenvolveu em espaços restritos de discussão, nos quais se denunciavam as condições precárias do sistema de saúde brasileiro. Dentro do MTSM, consolidou-se um processo de crítica ao campo psiquiátrico hegemônico, questionando-se tanto os fundamentos do saber psiquiátrico quanto sua função de controle social e o caráter de instituição total atribuído ao hospital psiquiátrico. Entre os anos de 1978 e 1987, diversos encontros, mobilizações e ações coletivas foram organizados com o propósito de fortalecer o MTSM e de impulsionar transformações estruturais no sistema de saúde (Amarante, 1998; Oliveira et al., 2011). Inseridos em um cenário mais amplo de reivindicação por democracia e justiça social, esses movimentos articulavam-se com outras mobilizações populares e sindicais em curso no país, dando origem a conferências, fóruns e demais encontros organizados por

militantes, compostos por trabalhadores e mais tarde pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais e seus familiares.

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, atendendo a uma deliberação da 8ª Conferência Nacional de Saúde. O evento, inicialmente técnico, passou a ter caráter participativo após mudanças em seu regulamento. Nesse período, duas mudanças importantes surgem no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental: a inclusão de usuários e familiares como protagonistas políticos e a ampliação da luta, que deixa de focar apenas nos serviços de saúde e passa a envolver transformações sociais mais amplas.

Ainda em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental e é nesse contexto que surge a Carta de Bauru, um manifesto que marca a fundação do Movimento Antimanicomial e afirma o compromisso com uma reforma psiquiátrica orientada pela defesa de direitos e pela superação do modelo manicomial. A Carta reuniu profissionais engajados na crítica ao modelo asilar e sintetizou um diagnóstico político da época: o manicômio não apenas produz sofrimento, mas constitui um dispositivo de segregação sustentado por relações de poder que anulam a cidadania. A Carta denuncia a cumplicidade entre Estado, instituições privadas e práticas autoritárias, afirmando que o trabalho em saúde mental deve romper com esse sistema historicamente produtor de violências. Consolida-se, então, o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e o dia 18 de maio se torna o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (Amarante, 1998). O movimento se organiza nacionalmente em 1993, no encontro realizado em Salvador, quando passa a ser reconhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Inspirado na Reforma Psiquiátrica Italiana e articulado aos debates sobre democracia e direitos humanos no contexto da redemocratização do país, o MNLA consolidou o princípio do cuidado em liberdade como eixo ético-político, contrapondo-se frontalmente ao hospital

psiquiátrico enquanto instituição disciplinar. Desde então, o movimento tem atuado na construção de práticas territoriais, comunitárias e interdisciplinares de atenção ao sofrimento, influenciando políticas públicas e a própria formulação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 2018).

A historicidade do Movimento da Luta Antimanicomial evidencia que sua construção se dá de forma coletiva e processual, marcada por encontros nacionais que consolidaram práticas, discursos, articulações políticas, e também marcado por divergências internas (Lira, 2021). No III Encontro Nacional, realizado em 1997, em Porto Alegre (RS), o lema “*Por uma sociedade sem exclusões*” expressava a ampliação da pauta do movimento, que passava a enfatizar não apenas a crítica às instituições psiquiátricas, mas também a necessidade de enfrentar diversas formas de exclusão social. Nesse momento, o movimento aprofundou sua análise dos desafios relacionados à cidadania de pessoas em sofrimento e buscou formular estratégias concretas de reinserção social e fortalecimento de vínculos comunitários.

Em 1999, realizou-se o IV Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial em Paripueira, Alagoas, cujo tema central foi “Novas Formas de Produção de Sentido”. Esse evento marcou um avanço significativo na agenda da luta antimanicomial ao explorar práticas alternativas além da crítica ao internamento, abordando eixos como serviços residenciais, cooperativas sociais, como direito ao trabalho e financiamento das práticas assistenciais como redirecionamento de recursos. Tais discussões indicaram a intensificação da articulação entre direitos sociais, autonomia dos usuários e a inserção no mundo do trabalho, ressaltando que a superação do manicômio implicava também nas transformações mais amplas na organização do cuidado e no arranjo sociopolítico da saúde mental (Santos, 2019; Relatório IV Encontro, 1999).

Segundo Nicácio (2011) o V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em 2001, em Miguel Pereira (RJ) representou um momento de reorganização estratégica do movimento, reforçando o compromisso com o cuidado em liberdade e com a consolidação da Reforma Psiquiátrica como processo social e não apenas institucional. Nesse encontro, destacaram-se debates sobre a participação política de usuários e familiares, bem como a necessidade de fortalecer a rede territorial de atenção psicossocial diante dos persistentes interesses manicomializantes. Foi também durante o encontro que evidenciou-se o que ficou conhecido como uma “crise interna” do movimento. Conforme aponta Lobosque (2003), observava-se um aumento significativo no número de participantes, porém sem o correspondente processo de formação política. Assim, os encontros passaram a reunir grandes públicos, mas com pouca elaboração coletiva, o que resultou no empobrecimento dos debates e na dificuldade de avançar nas deliberações.

Houve divergências nos debates internos, mais tarde colidindo na cisão interna do MNLA e dando origem, em 2003, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), que se caracteriza por uma organização descentralizada, horizontal e baseada na ação conjunta de trabalhadores, usuários, familiares, pesquisadores e movimentos sociais. A RENILA tem operado como espaço de troca política, formação crítica e mobilização, atuando na defesa da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na denúncia de retrocessos institucionais, especialmente após 2016, quando políticas federais passaram a revalorizar práticas hospitalocêntricas e a financiar comunidades terapêuticas.

Frente ao avanço de políticas neoliberais, as redes da luta antimanicomial se tornam centrais na afirmação da saúde mental como questão de cidadania e vida social. Tanto o MNLA quanto a RENILA, mesmo que em suas diferenças, exercem papel decisivo na produção de

contranarrativas sobre o sofrimento, cuidado e cidadania. Em contraste com discursos exclusivamente biomédicos e moralizantes, que reduzem o sujeito à doença ou à periculosidade, esses movimentos reivindicam um entendimento da saúde mental como dimensão da vida social, implicada em trabalho, território, laços comunitários e condições materiais de existência.

Inserir a memória desses encontros no debate atual é fundamental, sobretudo diante dos contextos de retrocessos e reatualização de modelos de segregação. Ao recuperar esses marcos, evidencia-se que a luta antimanicomial não se limita à reforma técnica dos serviços, mas constitui um projeto ético-político de sociedade, sustentado na defesa da liberdade, da dignidade e do direito a existir no espaço público. E é nesse percurso histórico da saúde mental brasileira, que torna-se necessário distinguir, ainda que sem dissociar, os processos da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Luta Antimanicomial. Ambos emergem da crítica da lógica asilar-manicomial e da afirmação do cuidado em liberdade; entretanto, conformam-se em esferas distintas de produção política. A Reforma Psiquiátrica se consolida como política pública estatal, estruturando normativas, serviços substitutivos e diretrizes institucionais no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituindo-se como um campo específico, nomeado de Saúde Mental, um campo de construção de saber e de atuação no âmbito das políticas públicas de saúde (Amarante, 2015). Ao passo que a Luta Antimanicomial se apresenta como movimento social de caráter ético-político, voltado à disputa de sentidos, valores e concepções sobre a loucura e a cidadania. Assim, ao avançar na análise, evidencia-se que tais processos, embora interdependentes, operam com racionalidades e campos de força próprios.

As tensões entre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o movimento de Luta Antimanicomial tornam-se mais nítidas em momentos de retração das políticas públicas. Desde 2016, com o reforço de modelos hospitalocêntricos e o apoio governamental às comunidades terapêuticas, a Reforma

Psiquiátrica tem sofrido retrocessos, o que reposiciona a Luta Antimanicomial como força crítica e de resistência. Assim, enquanto a Reforma depende de disputas institucionais e governamentais, o movimento antimanicomial opera como vigília ética e política, sustentando a defesa de uma sociedade sem manicômios e a afirmação do cuidado como prática coletiva e cidadã.

A visita de Franco Basaglia ao país, em meados da década de 1970, contribuiu para difundir novas perspectivas sobre a atenção em saúde mental, inspirando experiências locais de caráter antimanicomial. Nos anos seguintes, mesmo diante de propostas oficiais ainda centradas no modelo médico-tradicional, como a da Divisão Nacional de Saúde Mental em 1985, os movimentos sociais, trabalhadores engajados e familiares de usuários ampliaram o debate, levando a saúde mental para o centro da pauta da Reforma Sanitária (Zgiet, 2010).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental como já abordadas neste trabalho, marcaram avanços ao articular os direitos das pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais com a defesa da cidadania e do Sistema Único de Saúde (SUS). O marco mais relevante em termos institucionais, foi a apresentação do Projeto de Lei nº 3657/1989, de Paulo Delgado, que consolidou politicamente a luta pela Reforma Psiquiátrica, conferindo-lhe legitimidade no âmbito legislativo e ampliando sua inserção na agenda pública nacional, ainda que, anos mais tarde, ele tenha sido significativamente reformulado, quando a lei foi, de fato, sancionada (Azevedo, 2017).

A institucionalização da Reforma Psiquiátrica ocorreu no âmbito da Política Nacional de Saúde, estruturando-se através de leis, portarias e outras normativas regulamentares. Contudo, Zgiet, (2010) compreende que a Reforma Psiquiátrica se trata antes de tudo de uma Política Social que tem como objetivo a reforma social. A autora utiliza o ciclo de políticas públicas de Klaus Frey (2000) como referencial analítico, destacando que o principal eixo dessa trajetória foi o deslocamento do modelo hospitalocêntrico para uma atenção comunitária, centrada nas diretrizes

do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo impulsionou a reforma psiquiátrica, alicerçada em eventos como conferências nacionais e o surgimento de legislações específicas, e configurou-se como um elemento-chave no redirecionamento da política pública de saúde mental no país.

Para Albrecht (2022), a Reforma Psiquiátrica brasileira configura-se como a materialização histórica das proposições do movimento antimanicomial, constituindo-se como a principal expressão de seu projeto político, ainda que não se identifique plenamente com ele. Sua trajetória deve ser compreendida no interior da dinâmica da luta de classes e das transformações políticas, econômicas e sociais que marcaram o período de sua consolidação, vinculando-se, de modo indissociável, ao movimento sanitário e às disputas em torno da ampliação dos direitos sociais. Ou seja, a própria Reforma Psiquiátrica não pode ser compreendida dissociada de uma práxis coletiva, organizada, vinculada ao Movimento da Luta Antimanicomial, e em conjunto a outras lutas e frações da classe trabalhadora brasileira, e que resulta nela, que a gera, mesmo que tal relação não se dê sem as devidas contradições, tensionamentos, estranhamentos e algumas desconsiderações - sobretudo da primeira quanto ao segundo.

Ambas as autoras, Zgiet (2010) e Albrecht (2022), em momentos diferentes da leitura histórico, com uma década de diferença, apontam que a Reforma Psiquiátrica não emerge de forma autônoma ou desvinculada do contexto histórico, mas como síntese das contradições enfrentadas pela classe trabalhadora no último ciclo de lutas sociais. A crise que marca a política de saúde mental na atualidade reflete uma conjuntura estrutural mais abrangente, evidenciando, simultaneamente, os progressos alcançados e as limitações inerentes ao percurso histórico que viabilizou a construção e a institucionalização da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial no país.

1.2 OS CAPS ENTRE A REFORMA E A CONTRARREFORMA

A institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira materializou-se nos serviços assistenciais no âmbito da saúde. No final da década de 1980 foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil em um contexto de redemocratização do país e de intensificação do Movimento da Luta Antimanicomial. Em 1987, na cidade de São Paulo (SP), foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, o “Professor Luiz da Rocha Cerqueira” ou “Itapeva”, o que constituiu uma das primeiras concretizações da proposta de atenção psicossocial no país, rompendo com a dicotomia ambulatório/internação hospitalar e sinalizando um novo modelo assistencial. A partir desse marco, o campo da saúde mental no Brasil começou a avançar com a lógica da desinstitucionalização, do cuidado comunitário e da participação social.

Dois anos depois, em 1989, no município de Santos (SP), o processo de intervenção na antiga Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico) deu origem aos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de funcionamento contínuo, articulados à ideia de substituição dos hospitais asilares por dispositivos de cuidado territorializados e integrados à vida comunitária. Essa experiência em Santos foi reconhecida como emblemática no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, porque demonstrou a viabilidade de uma rede substitutiva ao manicômio.

O modo como os NAPS evoluíram para os modelos de CAPS está marcado por intervenções regulatórias e normativas: a Portaria GM/MS nº 224/1992 instituiu os códigos NAPS/CAPS no SUS, e a Portaria GM/MS nº 336/2002 redefiniu as modalidades de CAPS (I, II, III, AD, i) (Carvalho, 2020). Assim, muitos dos NAPS foram incorporados ou transformados institucionalmente no marco do SUS como serviços de atenção psicossocial sob a designação CAPS ou integrados à rede dos CAPS, alterando nomenclatura, financiamento e parâmetros técnicos. Soares e Yasui (2021) destacam que as experiências pioneiras locais, como a de Santos

(SP) — com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) — e de São Paulo — com os primeiros CAPS — desempenharam papel de laboratório na prática da reforma psiquiátrica, validando a substituição ao modelo asilar.

Na prática, os NAPS de Santos foram caracterizados por forte articulação comunitária, gestão participativa, funcionamento 24 horas e articulação com políticas sociais e culturais — um modo de atuação político e de ação direta sobre o território — enquanto o CAPS nas suas primeiras versões (como o de 1987) já colocava a ênfase da substituição do hospital por um cuidado comunitário, mas com arranjos institucionais e profissionais que variaram conforme o município.

Os NAPS foram transformados em unidades formalmente reconhecidas na rede do SUS, estabelecendo critérios de financiamento, articulação e avaliação. Essa normatização ampliou a capilaridade da atenção psicossocial, mas também instituiu rotas administrativas e de avaliação.

A transição dos NAPS aos CAPS pode ser lida como passagem de práticas locais e de forte protagonismo militante para uma política pública institucionalizada, ocorrendo em alguns ganhos, como a expansão do acesso e integração à rede e também em algumas “perdas”, como a burocratização, homogeneização de práticas e dificuldades em preservar a dimensão inventiva e política das experiências pioneiras. Ainda há tensões contemporâneas na operacionalização dos CAPS — por exemplo, sofrimento e precarização entre equipes, variação de qualidade entre municípios e desafio de manter ação territorial ativa — elementos centrais para avaliar o legado dos NAPS dentro do modelo CAPS.

Em síntese, a trajetória que vai do primeiro CAPS em São Paulo (1987) à implantação dos NAPS em Santos (1989), e à posterior incorporação desses modos ao modelo nacional de CAPS, representa a passagem de uma utopia prática e local para uma política pública estruturada. Essa trajetória revela a tensão entre inovação-militante e normatização institucional: os NAPS se

constituíram como experiências de ruptura, os CAPS como sistema em rede, e o desafio permanece de preservar o caráter crítico e comunitário original mesmo dentro de um modelo institucionalizado.

Os CAPS se consolidaram como dispositivos estratégicos para a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, oferecendo atenção territorializada, de base comunitária e centrada na promoção da autonomia dos usuários. Tanto a implementação dos CAPS e dos NAPS (à época) foi regulamentada pela Portaria nº 224/1992 e posteriormente fortalecida pela Lei nº 10.216/2001, que reafirmou os direitos das pessoas com sofrimento e orientou a rede de atenção à saúde mental a priorizar serviços extra-hospitalares. Mais tarde, com o surgimento da Portaria GM/MS nº 336/2002 e a definição de modalidades de CAPS, marcam a reorganização da assistência, articulando acolhimento, acompanhamento clínico-psiquiátrico, acompanhamento multiprofissional e reabilitação psicossocial, em consonância com os princípios de integralidade e equidade do SUS.

Em decorrência da institucionalização de marcos regulatórios e políticos da e na saúde mental, em 2011 foi implementada pela portaria Portaria nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial, que representa um conjunto articulado de serviços substitutivos ao modelo manicomial, voltados ao cuidado comunitário, territorializado e integrado às demais esferas de atenção à saúde. Esse novo formato de rede visa garantir o acesso mais amplo e contínuo ao cuidado psicossocial, articulando a atenção básica, os dispositivos especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de urgência/emergência, leitos psiquiátricos residuais e estratégias de reabilitação psicossocial.

A construção da RAPS também envolveu desafios de distribuição territorial, financiamento e qualificação técnica das equipes. Tele et al. (2024) analisou os dados entre 2012 e 2018 e

identificou que, embora tenha havido um aumento de cerca de 30,93% nos CAPS nesse período, ainda 68,3% dos municípios brasileiros não contavam com nenhum serviço dessa natureza. Ainda no mesmo estudo, os autores apontam que as articulações entre gestores, redes municipais e estaduais mostraram lacunas no acolhimento, na manutenção de vínculos e na efetivação do cuidado em liberdade, o que evidencia que a criação da rede não se esgota na norma, mas depende da concretização territorial, da formação profissional e da gestão em rede — fatores que permanecem em disputa mesmo após a normatização da RAPS.

Contudo, há um outro debate sobre a considerada centralização do cuidado em saúde mental no serviço especializado, o CAPS. Costa (2017) aponta para o fenômeno de “Capsolização”, ou seja, a centralidade do CAPS na rede, tanto na rede concreta, como na rede política, o que o autor reflete a partir da dialética ideal-real “no jogo das políticas e práticas da área” (Costa, 2017, p. 128). Amarante (2003) também traz à tona a discussão em torno da “capsização”, termo usado pelo autor para definir a centralidade do cuidado em saúde mental em torno do CAPS.

A “capsização” pode ser compreendida como o processo de hiper centralização dos fluxos de cuidado em saúde mental nos CAPS, decorrente da fragilidade da integralidade e da insuficiente articulação entre atenção básica, rede intersetorial e dispositivos comunitários. Em vez de se constituírem como serviços articuladores de práticas territoriais e coletivas, os CAPS passam a concentrar grande parte das demandas clínicas, administrativas e de coordenação da rede, assumindo funções que deveriam ser compartilhadas com outros pontos da RAPS. Esse processo produz sobrecarga institucional, reduz a territorialidade do cuidado e reconfigura o cuidado em direção a um modelo centralizado, aproximando-se, paradoxalmente, de uma lógica ambulatorial que a Reforma Psiquiátrica buscou superar.

A capsização repercute diretamente no trabalho em saúde mental, uma vez que os profissionais dos CAPS passam a lidar com demandas que excedem a capacidade institucional. A centralidade do CAPS na rede recria um contexto de alienação laboral, na medida em que o trabalhador se vê atravessado por contradições entre o projeto ético-político da Reforma Psiquiátrica, centrado em cuidado territorial, produção de vínculos e cuidado comunitário, e a prática cotidiana marcada por atendimentos intensivos, encaminhamentos recorrentes e urgências constantes, frequentemente realizadas sem condições materiais. Esse cenário torna-se um campo de sofrimento ético-político, pois o trabalhador quando reconhece o sentido emancipador do cuidado, é compelido a atuar segundo uma lógica centrada no serviço, e não no território, o que limita a capacidade transformadora do cuidado psicossocial.

A partir dessa contradição presente no cenário brasileiro, um investimento nos CAPS como centralizadores do cuidado, tem-se também o efeito de distanciamento de outros dispositivos fundamentais para a fabricação e materialização da RAPS. Cabe, então, adentrarmos nas particularidades do DF para compreendermos como este cenário tem se dado historicamente, desaguando no presente

1.3 A RAPS E OS CAPS NO DISTRITO FEDERAL

Assim como outros estados brasileiros, o Distrito Federal também é marcado pela incidência de hospitais psiquiátricos, sejam eles públicos ou privados. Não vamos discorrer com detalhes sobre a história do DF e a sua história da saúde, outros autores e autoras já o fizeram (Santiago, 2009; Zgiet, 2010). Aqui, o trabalho vai se ater de forma geral, e com partes extraídas do trabalho das autoras, em características centrais sobre a saúde no DF. O Distrito Federal é marcado desde sua origem por um forte centralização dos serviços de saúde no centro de Brasília,

embora seja composto por 29 Regiões Administrativas e também pela Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal, criada pela Lei Complementar n.º 94, de 19 de fevereiro de 1998, e regulamentada pelo Decreto n.º 7.469, de 04 de maio de 2011, que integra 19 municípios de Goiás e três de Minas Gerais ao DF, no qual sua população utiliza dos serviços públicos do DF, incluindo os serviços de saúde.

Assim como no restante do país, antes da promulgação da CF de 1988 que instituiu o SUS e sua lógica de saúde ampliada e em diferentes níveis de atenção, o DF também mantinha um forte investimento na rede hospitalar, apesar de já em 1959, com o primeiro plano de saúde para o DF ter fortes características de regionalização, com o “Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar”, criado pelo médico Henrique Bandeira (Santiago, 2009). Também segundo a autora (Santiago, 2009), em 1960 havia um convênio entre a Fundação Hospitalar do Distrito Federal e a Universidade de Brasília para materializar um plano de assistência em saúde mental em Sobradinho, cidade satélite do DF, convênio esse nomeado como Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho - UISS. Mais tarde, esse convênio gerou o “Plano Assistencial Psiquiátrico em Hospital Universitário para a Comunidade de Sobradinho”, elaborado em 1975, porém o convênio entre as duas instituições foi encerrado e o plano não saiu do papel, retardando a criação, por exemplo, do primeiro Centro de Saúde Mental do DF. Assim, o DF permanece por muito tempo contando apenas com uma ala psiquiátrica do Hospital de Base e com o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico, criado em 1969, que atendia crianças e adolescentes, existente até hoje. Os demais cidadãos que precisavam de leitos psiquiátricos e contribuíam para o sistema INAMPS e não eram comportados por esses serviços, ficavam à mercê das instituições de internação conveniadas. Os não contribuintes eram destinados a uma clínica também conveniada com a

FHDF, que se localizava em Anápolis, cidade do Goiás, ou seja, distante da sua região de origem, no DF.

Em 1976 foi criado o primeiro hospital público psiquiátrico, à época, o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico, que tinha como objetivo funcionar como uma triagem, reter os pacientes por 24 horas a 72 horas para avaliação e posterior segmento para internações conveniadas ou acompanhamentos ambulatoriais. Depois, em 1987, foi nomeado como Hospital São Vicente de Paulo, como tentativa de humanizá-lo, retirando a nomenclatura “psiquiátrico”. Contudo, em 1995, o DF aprovou a Lei distrital nº 975, que apresenta diretrizes em saúde mental para o DF e prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos. Contudo, o HSVP permanece em funcionamento até o momento da escrita dessa dissertação. Curiosamente, o DF tentou investir na Atenção Básica como estrutura da SM, porém esse plano não vingou. Em 1979 com base na Alma-Ata, na VII Conferência de Saúde e no Plano CONASP, foi elaborado o Plano de Assistência à Saúde do DF” e “Atenção Primária à Saúde do DF”, se materializando na construção de 35 Centros de Saúde no DF, com o planejamento também de qualificar a mão de obra destes serviços para atender os casos de saúde mental (Santiago, 2009). Contudo, esse plano não obteve continuidade por falta de recurso orçamentário e pelo grande crescimento populacional para além da suportabilidade dos Centros de Saúde. É com o início da Reforma Sanitária e os movimentos de abertura do país, que a Reforma Psiquiátrica no DF se impulsiona para retomar as tentativas de descentralização do cuidado da rede hospitalar.

Mesmo com a permanência do HSVP e o não cumprimento da Lei nº 975, em paralelo a este fato, em 1987 é criado o Instituto de Saúde Mental do DF (ISM) em um grande terreno nos arredores da cidade satélite Riacho Fundo I, o primeiro serviço considerado substitutivo e que impulsiona o DF na Reforma Psiquiátrica, contendo nesse complexo, ambulatórios, um Centro de

Atenção à Saúde Mental, mais tarde chamado de CAPS II Riacho Fundo, e também contendo o prédio da Casa de Passagem, local que recebe pacientes com idade igual ou superior a 18 anos egressos de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, com período de internação igual ou superior a dois anos e que não são usuários de álcool e/ou outras drogas ilícitas (Brasil, 2023). Contudo, o ISM como um todo, contém características asilares, uma vez que não é localizado na comunidade, mas aos arredores da cidade, e que vivem na Casa de Passagem 30 homens e oito mulheres, até o momento da inspeção realizada em 2022 pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e publicada em 2023. Ou seja, 38 pessoas em condições de institucionalização.

No que tange ao histórico do cuidado com aqueles que possuem sofrimentos associados pelo uso de álcool e outras drogas, têm-se um longo percurso de invisibilidade pelo Estado. É vasta a discussão sobre as questões das drogas, tanto no que tange ao estatuto das drogas, como o debate sobre a criminalização e moralização de seus usuários. Aqui nos deteremos brevemente sobre a localização do usuário de SPAs nas políticas de saúde mental do DF.

Durante muito tempo o cuidado daqueles que apresentavam sofrimento e/ou necessidade de cuidados em decorrência do tipo de uso de substância, foi ocupado por entidades filantrópicas e/ou religiosas, culminando na criação das conhecidas Comunidades Terapêuticas. Ainda sobre o trabalho de Santiago (2009) que faz esse extenso resgate histórico da SM no DF, a autora refere que foi possível recuperar de forma documental a existência de um serviço em 1993 dentro do Hospital de Sobradinho em parceria com a UnB voltado para “alcoolistas” e em 1994 a partir da ordem de serviço nº 02/94 de 01/06/1994, os pacientes “alcoolistas” eram recebidos para atendimento nos serviços emergências dos hospitais gerais. Nesse momento da história do DF, a pessoa em sofrimento associado ao uso de SPAs era reduzida ao termo “alcoolista” e seu cuidado

tinha como prioridade a desintoxicação, ocasionando em uma perspectiva reducionista. Aqui percebe-se a incipiência do cuidado ao usuário e a invisibilização do mesmo.

Em 2002 foi aprovado o PL nº 115/2002 do Senado que se tornou a Lei n. 11.343/2006, substituindo as leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002, sobre drogas, até então vigentes no país. A Lei nº 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (Lei nº 11.343, 2006). Com essa nova perspectiva trazida pela “Nova” Lei sobre Drogas, como é conhecida a Lei acima citada, proporciona uma abertura maior de oferta de cuidado em saúde para o usuário de substância, uma vez que tenta desassociar “droga” de “crime” e “usuário” de “criminoso-perigoso”. Contudo, por outra perspectiva, retira do usuário a conotação de “criminoso” para significá-lo como “doente”, uma vez que o toda a complexidade que envolve o sofrimento associado ao uso de substância é reduzido a uma perspectiva biomédica (Nascimento, 2006).

Ademais, a ausência, nela, de critérios quantitativos claros para distinguir usuários de traficantes acaba deixando tal tipificação a cargo da subjetividade policial e judicial, resultando em condenações indevidas, e numa disparidade que pende à seletividade penal baseada no racismo e condição de classe e socioeconômica. Não à toa, as taxas de encarceramento cresceram substantivamente após a sanção da respectiva lei, com aproximadamente 30% da população encarcerada estando associada ao tráfico (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025).

Em termos de marcos legais, em 2004 temos a construção e implementação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) pelo Ministério da Saúde, que avança no cuidado pela lógica da atenção psicossocial e de forma mais efetiva inclui o tema drogas

na agenda da saúde, mas não ganha a disputa sempre permanente com o SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos) do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). O percurso das políticas sobre drogas também é profundamente marcado por avanços e retrocessos. Em 2011, o MS institui a RAPS pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 na qual abarca pessoas em sofrimento associado ao uso de álcool e outras drogas, porém incluiu as CT como um dispositivo da rede de saúde. Em 2014, após muito tensionamento, as CT passam a receber financiamento apenas do SISNAD. Contudo, em 2016 as CT também começam a receber financiamento do MS, e mantém-se uma dualidade entre MS e SENAD (Teixeira et al., 2017). Esse trabalho não vai se ater às especificações das mudanças políticas no que tange às questões das drogas, mas de modo geral, essas mudanças apontadas ajudam a contextualizar também o cenário do DF e os achados desta pesquisa.

Em 2004, é criado o primeiro CAPS AD do DF, o CAPS AD II Guará, que até a publicação do relatório “Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no Distrito Federal” (Distrito Federal, 2022b), este equipamento estava em espaço compartilhado, sem condições estruturais para funcionamento adequado. O CAPS AD II Guará inaugurou essa modalidade de serviço no DF. Atualmente no DF, há 9 CAPS AD, sendo três deles do tipo III, onde oferta-se Acolhimento Integral, e há apenas uma Unidade de Acolhimento Transitório, que foi inaugurada em 2013, quase 10 anos depois do primeiro CAPS AD. A Unidade comporta o acolhimento de 15 usuários e até o momento da escrita desta dissertação, é a única UA para cobertura de todo o DF.

São inúmeros desdobramentos, processos e retrocessos que a saúde mental do DF tem em sua história, sempre marcada por disputas políticas regionais e também reflexos do cenário nacional. O que pretende-se salientar são esses pontos contraditórios de seu processo histórico, como esses influenciam em seu contexto atual e além disso, mapear o cenário atual nos próximos

parágrafos. Para uma melhor e mais detalhada compreensão histórica do desenvolvimento da saúde mental no DF, recomendamos os trabalhos de: Santiago (2009) e Zgiet (2010).

Atualmente, no cenário do Distrito Federal temos somente 18 CAPS na composição da RAPS, com aproximadamente 2.982.818 habitantes, estimativa para 1º de julho de 2024, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2024). Há dezoito CAPS de diferentes modalidades, sendo: um CAPS I, que atende pessoas de todas as idades e fica em Brazlândia; cinco CAPS II, que atendem adultos e as unidades ficam no Paranoá, Planaltina, Asa Norte, Taguatinga e Riacho Fundo; um CAPS III, em Samambaia, que atende pessoas adultas e funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados, e tem até cinco leitos para acolhimento noturno; quatro CAPS Álcool e Drogas AD II, que atendem pessoas a partir de 16 anos, com unidades no Guará, em Santa Maria, em Sobradinho e no Itapoã; três CAPS Álcool e Drogas AD III, em Ceilândia, Samambaia e Asa Sul, atendendo pessoas a partir de 16 anos e funcionando 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados, tendo, no máximo, 12 leitos para acolhimento noturno; quatro CAPSi, que atendem crianças e adolescentes e ficam na Asa Norte, em Taguatinga, no Recanto das Emas e em Sobradinho.

Para facilitar a visualização, segue abaixo a Tabela 1, com estes CAPS, regiões abarcadas e população abarcada do Relatório “Saúde Mental em Dados do DF” produzido pela Diretoria de Saúde Mental em 2022 (Distrito Federal, 2022a).

Tabela 1*População de abrangência dos Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal.*

Modalidade	Unidade	Abrangência	Pop. Aproximada	Parâmetro MS³
CAPS I	CAPS I Brazlândia	Brazlândia	65.219	Regiões de saúde com população entre 20.000 e 70.000 hab.
	CAPSi Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way	949.452	
CAPS i	CAPSi Taguatinga	Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires, Ceilândia, Sol Nascente, Areal, Arniquireiras Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia Planaltina, Sobradinho I e II,	915.384	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	CAPSi Recanto das Emas	Fercal, Lago Oeste	830.304	
	CAPSi Sobradinho	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã I e II, Condomínios do Jardim Botânico, Condomínios do Altiplano Leste, Setor de Mansões Dom Bosco, Mangueiral, São Sebastião (áreas urbana e rural), Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbana e rural) e Fercal	369.655	
CAPS II	CAPS II Paranoá	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro	337.796	
	CAPS II Planaltina	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arniquireiras, Ceilândia, Sol Nascente (todas as, com exceção da QNM e QNN) Estrutural, Candangolândia, Guará I e II, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I e II, Vargem Bonita, Gama, Santa Maria	369.655	
	CAPS II Brasília	Guará I e II, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way	404.353	
	CAPS II Taguatinga	Gama e Santa Maria	915.384 - QNM/QN N Ceilândia	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	CAPS II Riacho Fundo		645.291	
	CAPS AD II Guará		367.468	
	CAPS AD II Santa Maria		277.823	Regiões de saúde

CAPS AD II	CAPS AD II Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Sobradinho II, Fercal	369.655	com população acima de 70.000 habitantes
	CAPS AD II Itapoã	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Mangueiral	337.796	
CAPS III	CAPS III Samambaia	Recanto das Emas, Samambaia, QNN/QNM de Ceilândia	392.316 QNN/QN M Ceilândia	Regiões de saúde com população acima de 200.000 habitantes

Fonte: Distrito Federal (2022), com projeção da população - InfoSaúde-DF, 2022.

Entretanto, como mencionado na introdução, constata-se que apenas 14 dessas unidades estão oficialmente habilitadas junto ao Ministério da Saúde, o que implica reconhecimento institucional e repasse financeiro nacional. A proporção, quando calculada em relação à população estimada, resulta em um indicador de 0,54 de cobertura de CAPS para cada 100 mil habitantes, valor inferior ao parâmetro desejável para cobertura integral e territorial. A título de comparação, a taxa de cobertura nacional é de 1,13 CAPS/100 mil habitantes. O DF, neste sentido, ocupa a penúltima posição entre todas as 27 unidades federativas, à frente apenas do Amazonas (Ministério da Saúde, 2025). Esse quadro evidencia que, no caso do DF, nem houve expansão física dos CAPS na RAPS, impactando diretamente na capacidade operacional, já que há um aumento de demanda. Somados ao financiamento incipiente temos um cenário de múltiplas barreiras ao modelo psicossocial, o que impacta tanto a organização da rede quanto às condições de trabalho e cuidado no território, o que compromete não apenas o repasse financeiro, mas também o reconhecimento formal da unidade como integrante da Política Nacional de Saúde Mental. Essa condição produz efeitos diretos no cotidiano do cuidado, pois restringe a capacidade de manutenção de equipes completas, e além disso, evidencia um tensionamento entre implantação material da rede, onde a existência física do serviço não se traduz necessariamente em condições integrais de

funcionamento conforme previsto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 2023).

Há também outras contradições dentro dos próprios serviços assistenciais, como as divergências das lógicas de cuidado entre os trabalhadores e outros serviços da rede mais ampla de saúde, bem como de outras políticas, como a Política de Assistência Social e o âmbito jurídico. Amarante (2015) divide o campo da Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica enquanto processo social complexo em quatro eixos analíticos. O primeiro é o eixo teórico-epistemológico, que diz respeito às formas de compreender o sofrimento e aos modelos teóricos que orientam as práticas de cuidado. O segundo é o eixo técnico-assistencial, que envolve a organização dos serviços, as tecnologias de cuidado e as transformações nos modos de produzir atenção psicossocial. O terceiro é o eixo jurídico-político, onde se situam as legislações, as políticas públicas e as disputas em torno dos direitos das pessoas em sofrimento. Por fim, o eixo sociocultural que abrange os modos como a sociedade percebe a loucura, os estigmas, as relações de poder e os movimentos sociais que tensionam essas representações. Ao articular esses quatro eixos, Amarante demonstra que a Reforma Psiquiátrica não é apenas uma mudança técnica, mas um processo multidimensional que envolve conhecimento, prática, política e cultura.

Embora os CAPS em sua criação tenha como objetivo central romper com a lógica manicomial, essa ruptura nem sempre é plena: há a presença simultânea de práticas que reproduzem normas de controle e medicalização típicas do modelo asilar, além da massificação do cuidado, excluindo a singularidade. Alguns profissionais ainda adotam discursos e intervenções voltadas para a fragmentação clínica, enfatizando a medicação, o controle de sintomas e o diagnóstico como finalidade, o que reflete os mecanismos da medicalização da vida (Pereira & Costa-Rosa, 2012).

Nos CAPS do Vale do Ribeira (SP), um estudo qualitativo publicado em 2024 identificou os reflexos da contrarreforma psiquiátrica no cotidiano dos trabalhadores desses centros. Embora os CAPS existam como dispositivos substitutivos ao manicômio, os relatos indicam práticas que reproduzem lógica manicomial — por exemplo, medicalização excessiva, direção clínica centralizada, e dificuldades na implementação do Projeto Terapêutico Singular de forma participativa (Silva et al., 2024). Esse dado sugere que a construção do cuidado em liberdade é marcada por ambiguidades institucionais e disputas políticas sobre o sentido real da desinstitucionalização.

Por outro lado, na política nacional mais ampla, uma análise recente sobre a saúde mental no Brasil mostra que, entre 2012 e 2022, embora tenha ocorrido expansão de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), há evidências de uma remanicomialização, parte das reformas normativas e de financiamento retrocede para abordagens mais hospitalocêntricas e/ou fortemente medicalizadas, revertendo avanços na lógica antimanicomial. Isso reforça a ideia de que os CAPS — símbolo da reforma — não estão imunes a tensões estruturais mais amplas, e que a consolidação de práticas antimanicomiais depende não apenas de mais serviços, mas de mudança política, orçamentária e cultural (Krefer & Oliveira, 2025).

Com isso, não está procedendo uma equivalência com o que não é equivalente: CAPS e manicômio. Aliás, qualquer comparação de CAPS com o manicômio é parametrizá-lo com o inaceitável, rebaixando suas próprias possibilidades e potencialidades. Quando se aponta a reprodução da lógica asilar-manicomial pelos CAPS não se diz, portanto, que estão funcionando como manicômios. O que está se apreendendo e alertando, aliás, é como a lógica asilar-manicomial diz do funcionamento desta própria sociabilidade, remetendo às suas estruturas sociais, de modo que, mesmo os serviços que se propõem a substituir o manicômio, podem reproduzi-la. O problema

aqui, então, não é o CAPS em si. Ele é mais profundo, requisitando que as análises e, em extensão, a práxis, vá para além dos próprios CAPS, da RAPS do campo da saúde mental, no intuito de transformação de uma sociabilidade que se (re)produz na/pela lógica asilar-manicomial - como, aliás, reivindica historicamente a Luta Antimanicomial (Costa & Faria, 2021).

Oka e Costa (2022) realizaram uma análise crítica das mudanças ocorridas na política de saúde mental brasileira entre 2015 e 2020, caracterizando-as como elementos de uma Contrarreforma Psiquiátrica. A pesquisa documental qualitativa examinou legislações, portarias e resoluções que impactaram diretamente o campo da saúde mental e da política de drogas, como a concepção de drogas como um "mal" a ser combatido, com foco em abstinência; a mercantilização e privatização da saúde mental, evidenciada pelo fortalecimento das comunidades terapêuticas e a revalorização dos hospitais psiquiátricos; e as incoerências entre a Política Nacional sobre Drogas e a Lei de Drogas, que refletem uma abordagem contraditória e desarticulada no tratamento das questões relacionadas às drogas e à saúde mental.

Costa e Faria (2021) analisaram o atual cenário da saúde mental no Brasil, destacando os desafios enfrentados pela Reforma Psiquiátrica diante de contextos políticos adversos. Os autores enfatizam a importância de fortalecer os princípios da Reforma Psiquiátrica, como a desinstitucionalização e a promoção da cidadania, e alertam para os riscos de retrocessos nas políticas de saúde mental. Ao mesmo tempo, propõem horizontes ético-políticos para o campo, visando à continuidade da implementação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Oliveira et al., 2011).

Este trabalho elencou dois dispositivos da RAPS do DF como objetos de estudo, um CAPS AD III e um CAPS III. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) foi oficialmente instituído em maio de 2011 por meio da Portaria nº 78/2011, vinculando-se à

Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) (Brasil, 2011a). Esta criação foi complementada pelo Decreto nº 32.948/2011, de 30 de maio, que formalizou sua incorporação à estrutura administrativa da SES-DF, com o objetivo de oferecer cuidado integral a usuários com sofrimento associado ao uso de álcool e outras drogas, por meio de equipe multiprofissional, em funcionamento 24 horas por dia. Sua implantação fez parte da resposta local à Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de Humanização, alinhando-se às diretrizes do SUS que priorizam a substituição do modelo manicomial por serviços substitutivos comunitários, articulados à RAPS (Brasil, 2011b).

O Centro de Atenção Psicossocial III foi oficialmente inaugurado em 14 de fevereiro de 2014. Essa unidade pioneira no DF foi a primeira projetada arquitetonicamente para atender demandas psicossociais, ocupando uma área de cerca de 2.500m², com 900m² de área construída, o que representa um salto qualitativo em infraestrutura para a saúde mental na região. Com o objetivo de ofertar Acolhimento, Escuta Ativa, reabilitação psicossocial e reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, grupos e atendimentos familiares, evidenciando a abordagem comunitária e integradora característica do modelo substitutivo ao manicômio. Ainda, em 2016, a unidade tornou-se a primeira do DF a oferecer atendimento 24 horas, incluindo acolhimento noturno, intensificando assim sua capacidade terapêutica e contribuindo para a redução de internações.

Estudos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil evidenciam que os CAPS na modalidade III, por funcionarem em regime de 24 horas, são estratégicos para o manejo de crises, oferecendo acolhimento noturno e evitando hospitalizações (Delgado, 2011). No caso específico do CAPS III, a criação dessa unidade representou não apenas a estratégia de demonstrar a possível descentralização da assistência em saúde mental no DF, mas também uma resposta à demanda por

serviços territorializados que promovam reabilitação psicossocial, oficinas terapêuticas e reinserção social, consolidando-se como um dispositivo essencial para a materialização dos princípios do SUS na saúde mental (Brasil, 2011). Contudo, é sabido de sua limitação em abarcar seu próprio território, uma vez que sendo o único CAPS III geral do DF, este não possui leitos suficientes para acolher boa parte das demandas de Acolhimento Integral.

Embora ambos os serviços, CAPS III e CAPS AD III, façam parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal, eles apresentam diferenças significativas em termos de público-alvo, organização do cuidado e função estratégica. O CAPS III foi estruturado para atender pessoas com sofrimentos graves e persistentes, oferecendo acompanhamento intensivo 24 horas, oficinas terapêuticas, reabilitação psicossocial e reinserção comunitária (Delgado, 2011). Em contraste, o CAPS AD III tem foco específico em pessoas com sofrimento associados ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011; Yasui, 2010).

Apesar dessas diferenças, ambos os CAPS compartilham princípios centrais da Reforma Psiquiátrica, como a substituição gradual do modelo hospitalocêntrico, a territorialização do cuidado, a atuação multiprofissional e a promoção da autonomia dos usuários (Delgado, 2011). Assim, enquanto o CAPS III atende a uma demanda mais ampla por saúde mental de adultos, o CAPS AD III desempenha papel estratégico no manejo do sofrimento associado e decorrente do uso de substâncias psicoativas de adultos e também de adolescentes a partir de 16 anos.

A distinção entre o CAPS de modalidade geral e o CAPS Álcool e Outras Drogas reside no foco populacional nas estratégias de tratamento exigidas por cada público. O CAPS Geral é destinado ao atendimento de pessoas consideradas com transtornos mentais graves e persistentes, excluindo-se o uso primário de substâncias psicoativas. Sua práxis é orientada pela lógica da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, buscando a reinserção social e a autonomia

do sujeito. Já o CAPS AD é especificamente voltado para o cuidado de pessoas com sofrimentos decorrentes ou associados ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas. Essa divisão, embora justificada pela complexidade e especificidade das diferentes demandas, carrega consigo uma tensão histórica.

A criação do CAPS AD no Brasil é um marco da expansão da RAPS, embora tenha sido um processo marcado por tensões. O primeiro serviço com essa especificidade a ser criado foi o CAPS AD Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, em 1999. A institucionalização dessa modalidade foi consolidada pela Portaria GM/MS nº 336 de 2002, que definiu as diretrizes e o funcionamento dos CAPS, incluindo a tipologia AD para o atendimento a usuários de substâncias. Essa portaria, posteriormente revogada e atualizada, estabeleceu o CAPS AD como um serviço estratégico, de caráter comunitário e territorial, com a missão de oferecer cuidado integral e promover a reinserção social, contrapondo-se à lógica manicomial e às internações de longa permanência.

Apesar de sua importância para a consolidação da política de Redução de Danos, a criação de uma modalidade CAPS AD específica não foi isenta de críticas no campo da Saúde Mental Coletiva. O principal questionamento reside no risco de segmentação do cuidado e na reforço da estigmatização do usuário de drogas. Segundo Pande e Amarante (2011), a separação entre o sofrimento decorrente de transtornos mentais e o sofrimento associado ao uso de substâncias contraria o princípio da integralidade e da clínica ampliada, que defende o acolhimento do sujeito em sua totalidade, independentemente da etiologia do seu sofrimento. A especialização, argumenta-se, pode levar à "capsização" do cuidado, isolando o serviço e dificultando a articulação com a rede geral de saúde e assistência, o que é crucial para a reabilitação psicossocial.

A criação de serviços especializados para o uso de substâncias, fundamentados na justificativa da necessidade de garantir o manejo clínico adequado, reflete a segmentação das políticas públicas e a dificuldade em tratar o sofrimento grave e persistente de forma integral. A lógica da Reforma Psiquiátrica defende a clínica ampliada, na qual o sofrimento grave e persistente, seja ele decorrente de um transtorno mental ou do uso de drogas, deve ser acolhido em um mesmo espaço, evitando a segregação do cuidado. Contudo, a pressão social e a complexidade do fenômeno das drogas no Brasil impulsionaram a criação de serviços segmentados, o que, na prática, pode reforçar a ideia de que o usuário de drogas é um sujeito à parte, dificultando a articulação da RAPS e, paradoxalmente, contribuindo para a "capsização" e o isolamento dos serviços. A coexistência dessas modalidades, portanto, é um reflexo das disputas políticas e clínicas que atravessam a saúde mental brasileira.

Ambos os serviços, conforme a sua base ética, política e teórica, devem atuar como espaços de resistência à lógica neoliberal e a segregação, promovendo práticas de cuidado que respeitam a autonomia dos usuários e buscam a transformação das condições de vida, em vez de apenas adaptar os indivíduos ao sistema vigente (Araújo, 2020).

Assim, os CAPS podem promover a reabilitação psicossocial não apenas como um processo individual, mas como uma ação coletiva que contribui para a transformação das condições materiais e subjetivas dos indivíduos em sofrimento psíquico, juntamente com as políticas sociais e outras lutas. Contudo, sabe-se que a realidade é permeada por contradições e os centros de saúde mental também são terreno, tanto para que essas contradições sociais se evidenciem através dos corpos que sofrem e representam a síntese da forma atual de sociabilidade, como também para que outras contradições se criem no próprio contexto da instituição.

Os CAPS's III são serviços da RAPS, do nível de atenção especializado, localizados em municípios ou regiões com população acima de 200.000 mil habitantes, abarcando territórios diversos. Ambos os serviços possuem funcionamento 24 horas, funcionando durante fins de semana e feriados, e oferecendo cobertura às duas principais demandas de saúde mental, sendo elas pessoas em sofrimento grave e persistente sem, como o CAPS III e, com relação ao uso de substâncias psicoativas, o CAPS AD III. O CAPS AD III está localizado no centro da capital e atende a população de 10 localidades do DF, sendo elas, Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasilândia, Sudoeste e Varjão, segundo dados do site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Nessa mesma fonte, encontra-se a abrangência do CAPS III, atendendo as seguintes localidades, Recanto das Emas, Samambaia, QNN/QNM de Ceilândia. Apenas o CAPS AD III oferece serviço de Acolhimento Integral à adolescentes.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III (AD ou Geral), segundo a portaria N° 335, de 19 de fevereiro de 2012, compõe-se de um enfermeiro com formação em saúde mental, 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, oito profissionais de nível médio, como técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para a composição da equipe do Acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por, três técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, um profissional de nível médio da área de apoio, com equipe diferente em regime de final de semana e feriados, que deve ser composta por, um profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; três técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob

supervisão do enfermeiro do serviço e um profissional de nível médio da área de apoio.

1.4 A PRÁXIS NO CAPS NA SAÚDE MENTAL

A categoria de práxis, no âmbito da tradição marxista, se constitui como elemento fundamental para a compreensão da relação dialética entre teoria e prática. Não se trata de uma atividade meramente instrumental ou de uma elaboração teórica abstrata, mas de uma ação consciente, histórica e socialmente situada, capaz de intervir e modificar a realidade ao mesmo tempo em que é determinada por ela. Nesse sentido, a práxis não pode ser reduzida ao fazer técnico, pois implica a mediação crítica que permite ao ser humano produzir, transformar e superar suas próprias condições de existência (Marx & Engels, 2007).

A pertinência do conceito de práxis extrapola o campo estritamente filosófico e assume relevância metodológica e política para a análise das contradições sociais contemporâneas. Ao reconhecer a prática social como dimensão constitutiva da produção do conhecimento, a práxis revela-se como categoria orientadora para a compreensão dos processos de alienação e, simultaneamente, para a construção de estratégias emancipatórias. Conforme argumenta Vázquez (2011), a práxis expressa a dimensão criadora do ser humano, marcada pela objetivação e pela crítica, configurando-se como horizonte de transformação da realidade social.

Segundo Barros (2012), a práxis deve ser compreendida não apenas como categoria que se contrapõe à *theoria* (contemplação) e à *poiésis* (produção técnica), mas sobretudo como ação consciente e dialética capaz de articular reflexão e transformação da realidade social. Essa dupla perspectiva, que abrange a práxis como paradigma teórico e como fundamento do programa político marxista, evidencia sua relevância tanto para a análise crítica da sociedade quanto para a construção de projetos coletivos orientados à emancipação. Assim, a práxis, ao ser assimilada e

reelaborada por Marx e pela tradição marxista, torna-se o elo entre a produção de conhecimento e a ação histórica, estabelecendo a mediação necessária entre teoria e prática na luta pela superação das contradições sociais. No campo da saúde mental, a categoria de práxis pode ser central para compreender o processo de transformação das instituições e práticas sociais.

Dessa forma, a práxis na e da saúde mental não se limita a um conjunto de técnicas terapêuticas, mas implica um agir ético-político orientado pela defesa dos direitos humanos, pela valorização da autonomia e pela construção e reconstrução de vínculos sociais, tensionado a forma de sociabilidade e contratualidade, e a partir dessa perspectiva, os serviços de atenção psicossocial podem se tornar espaços de produção de novas formas de sociabilidade, nas quais teoria e prática se articulam continuamente na busca por superar a alienação e promover processos de reabilitação psicossocial e transformação social. Como destaca Rotelli (2001), a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como um processo social complexo, o qual desempenha um papel decisivo ao possibilitar a crítica às estruturas de exclusão e a criação de novos modos de cuidado. Estes modos de cuidado, ao mesmo tempo, que buscam efetivar distintas formas de compreensão da loucura, mais humanizadas, menos violentas e alienantes, apontam para outra sociabilidade, que toma a loucura também de maneira distinta, a partir de marcos não violentos e alienantes.

Sob uma perspectiva marxista, compreende-se que a práxis em Saúde Mental não se realiza de forma neutra, mas é historicamente determinada pelas relações sociais de produção, pela forma como o Estado organiza as políticas públicas e pelas condições materiais de existência dos sujeitos envolvidos — usuários e trabalhadores. Nesse sentido, os CAPS III se encontram atravessados pelas contradições do modo de produção capitalista, que incidem tanto sobre o sofrimento — intensificado pelas desigualdades sociais, pela precarização da vida e pela alienação — quanto

sobre o processo de trabalho em Saúde Mental, marcado por limites estruturais e tensionamentos institucionais.

Assim, os desafios éticos, políticos, teóricos, técnicos e estéticos presentes no acompanhamento dos sujeitos da experiência da loucura não podem ser dissociados das determinações sociais mais amplas, nem reduzidos a questões individuais ou meramente clínicas. Investigar essa práxis torna-se, portanto, fundamental para apreender as mediações entre política pública, trabalho em Saúde Mental e produção do sofrimento, evidenciando os limites, as contradições e as potências dos CAPS III enquanto espaços de resistência e de disputa por um cuidado que reafirme direitos, autonomia e a radicalidade do projeto antimanicomial.

A justificativa deste trabalho fundamenta-se na necessidade de investigar a práxis em Saúde Mental desenvolvida em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, modalidade 24 horas, dispositivos centrais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e referência no acompanhamento de pessoas em sofrimento grave e persistente. Esses serviços se constituem como expressão concreta do projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao tensionar o modelo manicomial e afirmarem o cuidado em liberdade como diretriz ético-política.

Considerando o exposto, disparo como pergunta de pesquisa: Como é a práxis em Saúde Mental de dois CAPS's III, sendo um AD e outro Geral, do Distrito Federal?

CAPÍTULO 2

A PRÁXIS EM SAÚDE MENTAL EM DOIS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO DISTRITO FEDERAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

A partir das contradições encontradas nos próprios serviços substitutivos, que incluem, como que o CAPS “poderia”, “deve”, e/ou “é”, esta revisão tem como objetivo geral, analisar como a literatura acadêmica aborda a temática da práxis nos dois serviços, CAPS AD III e CAPS III, especificamente. Considera-se como objetivos específicos: a) Identificar como a literatura acadêmica aborda o conceito de práxis; b) discutir as diferentes perspectivas evidenciadas na literatura sobre práxis nos dois serviços estudados; e c) evidenciar as contradições encontradas no estudo da práxis dos serviços.

Para a construção deste trabalho, foi adotado o método de revisão integrativa da literatura, o qual possibilitou reunir, avaliar criticamente e sintetizar de maneira rigorosa a produção científica relacionada ao tema investigado. A revisão integrativa da literatura, enquanto método de produção de síntese científica, tem sido atualizada nos últimos anos para responder às demandas de pesquisas em campos complexos como a saúde coletiva e a saúde mental. Toronto e Remington (2020) ressaltam que esse tipo de revisão se diferencia por permitir a inclusão de estudos empíricos qualitativos e quantitativos, documentos institucionais e produções teórico-conceituais, favorecendo uma compreensão ampla e crítica do fenômeno estudado. Essa característica faz da revisão integrativa uma ferramenta metodológica potente quando o objetivo é mapear diferentes perspectivas, evidências e debates existentes em determinado campo, especialmente em contextos em que há disputas de modelos de cuidado e gestão.

As atualizações metodológicas recentes têm enfatizado a importância da transparência e do rigor na condução da revisão integrativa, particularmente na formulação de critérios explícitos de busca, seleção e análise dos estudos. Devido à amplitude de fontes que podem ser incluídas, o método exige estratégias de validação interna e rastreabilidade do processo analítico, evitando interpretações arbitrárias ou conclusões desproporcionais. Assim, a revisão integrativa não se limita a reunir estudos previamente publicados, mas implica um trabalho sistemático de interpretação e síntese, no qual a coerência metodológica garante confiabilidade aos resultados.

Melo e Silva (2022) destacam que, ao integrar produções teórico-políticas, relatórios institucionais e investigações empíricas, esse tipo de revisão permite identificar movimentos de avanço, retrocesso e tensionamento em políticas como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dessa forma, a revisão integrativa torna-se não apenas um método de síntese bibliográfica, mas um dispositivo de análise crítica das condições materiais, discursivas e institucionais que atravessam o cuidado em saúde mental no Brasil.

A adoção da revisão integrativa da literatura pode ser articulada ao método do materialismo histórico-dialético quando o objetivo da pesquisa ultrapassa a descrição do estado da arte e se orienta para a análise crítica das condições sociais que produzem determinado fenômeno. Toronto e Remington (2020) enfatizam que a revisão integrativa permite reunir diferentes tipos de evidência e perspectivas teórico-metodológicas, o que possibilita compreender a complexidade de processos sociais e institucionais. Essa característica dialoga diretamente com o materialismo histórico-dialético, que compreende os fenômenos como produtos de relações históricas e contraditórias, situadas em condições concretas de produção da vida. Assim, ao organizar e interpretar a literatura de maneira sistemática, o pesquisador pode identificar não apenas

convergências entre estudos, mas também contradições estruturais, disputas políticas e movimentos de transformação que atravessam o objeto analisado.

A perspectiva histórico-dialética permite compreender os serviços de saúde como espaços atravessados por conflitos de classe, disputas institucionais e formas de regulação da vida, o que impede interpretações neutras ou naturalizadas dos modelos de cuidado. Assim, a integração entre método e procedimento de revisão possibilita uma análise que não apenas descreve, mas desvela as determinações históricas e políticas que conformam o objeto pesquisado.

A busca foi realizada em setembro de 2025 na Biblioteca Juliana Pacheco¹, acervo digital criado pelo projeto de extensão *Saúde Mental e Militância no Distrito Federal*, do grupo de pesquisa Psicologia e Ladinidades, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Trata-se de uma base de dados organizada especificamente em torno da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no DF, reunindo os principais documentos e produções sobre a temática, sejam eles normativas. Os documentos estão organizados de acordo com suas características, em pastas correspondentes, tais como: Leis, Decretos, Resoluções, atos, atas, comunicados, convênios etc., Manifestos e cartilhas, Notas Técnicas (e outros documentos de orientação técnica), Planos de Saúde e Saúde Mental, Portarias, Relatórios (Avaliações, painéis, fiscalizações, auditorias, pareceres etc.) e Trabalhos Acadêmicos.

O nome da Biblioteca homenageia Juliana Garcia Pacheco, trabalhadora (servidora pública com atuação na assistência à saúde mental pública), pesquisadora e militante do movimento antimanicomial no Distrito Federal. A escolha por essa base justificou-se por sua abrangência e pela sistematização criteriosa de documentos centrais para a análise proposta, além de seu foco territorial no DF, considerando que os objetos de estudo se restringem a este território.

¹ Link de acesso ao acervo <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11t4lfEGSRy1zwYN7TOrBn06qrtX7tYbg>.

Para a seleção de textos da Biblioteca Juliana Pacheco foram utilizadas diversas estratégias de coleta dos materiais: pesquisas em bases de dados acadêmicas, busca em portais do Governo do Distrito Federal (GDF), consultas com sujeitos e instituições-chave do campo da saúde mental do DF, por meio do método bola de neve. Ao término da escrita deste artigo, a biblioteca contava com 680 documentos, tais como: leis; decretos; resoluções, atos, atas, comunicados, convênios etc.; manifestos e cartilhas; Notas Técnicas (e outros documentos de orientação técnica); Planos de Saúde e Saúde Mental; portarias; relatórios; e trabalhos acadêmicos (artigos, livros e capítulos de livro, Trabalhos de Conclusão de Curso, dissertações de mestrado e teses de doutorado). O acervo encontra-se disponível online, com acesso livre e gratuito.

Para este artigo, fez-se um levantamento inicial que identificou 196 publicações disponíveis no acervo da Biblioteca “Juliana Pacheco”, distribuídas entre teses de doutorado, dissertações de mestrado e artigos científicos. Para a busca, foram utilizados os descritores: “CAPS AD III”, “CAPS III”, “CAPS AD” e “CAPS III”. A aplicação desses termos resultou na pré-seleção de 5 das 16 teses, 29 das 61 dissertações e 21 dos 119 artigos, sem delimitação temporal, em razão do número reduzido de registros identificados.

Na etapa seguinte, realizou-se a leitura integral dos resumos e uma leitura exploratória dos trabalhos completos, sendo excluídos aqueles que não abordavam diretamente os serviços investigados (CAPS AD III e CAPS III). Após esta triagem, permaneceram uma tese, 12 dissertações e cinco artigos. A seleção inicial foi conduzida por uma avaliadora, ao passo que a leitura integral e o fichamento crítico do material selecionado foram realizados coletivamente por cinco avaliadores que realizaram um fichamento. Antes do fichamento, os trabalhos foram revisados pelos cinco avaliadores, novamente com base nos critérios atribuídos anteriormente, sendo eliminados para a próxima etapa, que foi denominada “criação de eixos e categorias”, oito

trabalhos, restando 10 trabalhos, entre dissertações, teses e artigos. Após a criação de eixos e categorias, foi realizada a discussão dos dados junto a literatura existente.

Foi utilizada a análise de conteúdo temática como procedimento metodológico que buscou identificar e sistematizar núcleos de sentido presentes nos materiais analisados, permitindo compreender como determinados discursos são construídos e mobilizados em contextos históricos específicos. O procedimento envolve etapas como, a leitura inicial do conjunto documental, a definição de unidades de registro, o agrupamento em categorias temáticas e a interpretação articulada dos achados. A interpretação e discussão foi orientada pela perspectiva do materialismo histórico-dialético, essa análise não se restringe à descrição dos conteúdos manifestos, mas considera as condições sociais e materiais que atravessam a produção dos discursos, reconhecendo-os como expressão de contradições estruturais e de disputas em torno da organização da vida social (Minayo, 2021; Paulo Netto, 2011).

No campo da luta antimanicomial, essa abordagem adquire um sentido político-metodológico específico, pois permite problematizar a forma como diferentes narrativas sobre sofrimento, cuidado e cidadania são produzidas e legitimadas. Nesse sentido, interpretar os discursos não significa somente classificá-los, mas compreender como eles participam da disputa entre projetos de sociedade e de cuidado, revelando tanto os limites quanto às possibilidades de transformação da realidade no âmbito da saúde mental (Amarante, 1998).

2.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, foram construídos quatro eixos e suas subcategorias, expostos na Tabela 2, e posteriormente discutidos em conjunto com a literatura. Apesar da separação entre eixos e categorias, sabe-se que o que eles expressam e sintetizam não se produz

de maneira isolada. Assim, a categorização deve ser ponderada quando ao próprio movimento dos objetos e fenômenos por ela abarcado, servindo a fins de organização do todo e de maior didatismo dos achados.

Tabela 2

Eixos e suas subcategorias elencados após análise de conteúdo

Eixos	Da prática à práxis	A práxis dos profissionais	Práxis a partir dos usuários	A relação da gestão com a práxis
	Transposição da prática à práxis	Perfil dos profissionais	Identificação com o diagnóstico e compreensão do próprio sofrimento	Estrutura física
	Não instrumentalização dos profissionais	Educação continuada	Participação dos usuários nos serviços	Gerenciamento dos usuários
Subcategorias	Teoria e ética na práxis	Fundamentação da prática dos profissionais: teoria, política, técnica e ética	Modificação da experiência dos usuários a partir das políticas	Financiamento na práxis
	Estrutura física dos serviços e a influência na práxis			
	Localização e relação com a territorialidade			

2.1.1 Da prática à práxis

No que tange à transposição da prática à práxis, a literatura acadêmica sobre os CAPS AD III e CAPS III evidencia a práxis em saúde mental sob a lógica antimanicomial coexistindo com limitações relativas à precarização da RAPS, o que fragiliza o cuidado ofertado aos usuários de tais dispositivos. Mesmo com o trabalho dos profissionais, as fragilidades destes serviços apenas expõem a influência do modelo neoliberal na sistematização das leis e políticas de saúde mental no Brasil (Azevedo, 2017).

O CAPS III ocupa um prédio desde o início projetado para ser um CAPS, o que favorece as atividades realizadas no local. O espaço possibilita leitos para atendimento integral, além de ações que compreendem grupos temáticos, alguns personalizados aos usuários que os compõem, preconizando o aspecto coletivo entre os atores do serviço com a promoção e manutenção de espaços de convivência (Albuquerque, 2020).

No CAPS AD III, o cuidado de pessoas em sofrimento pelo uso de substâncias é aliado à perspectiva de redução de danos, o que materializa uma contraposição aos modos de cuidado “curativos” e “higienistas” de hospitais psiquiátricos e manicômios. O modelo “porta aberta” do serviço preconiza a autonomia dos usuários na busca do serviço, dispondo sobre como o serviço pode ser acessado pelos usuários, seja por demanda espontânea ou encaminhamento. No modo como se apresenta tal serviço, alguns servidores e usuários compartilham algumas percepções sobre o CAPS AD III enquanto dispositivo alternativo ao modelo manicomial (Quintão, 2017), com atendimento aliado a realidade concreta dos usuários, em sua maioria pessoas em situação de rua, numa perspectiva territorial e de apoio ao convívio social, não resumindo a terapêutica destas pessoas em sofrimento pelo uso de substância a abstinência ou a privação da liberdade como era no modelo hospitalocêntrico (Andrade, 2018).

Tendo em vista que os CAPS, em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pressupõem uma oposição, ou ao menos uma resistência, ao modelo neoliberal, eles ainda apresentam em sua realidade concreta contradições que revelam os modos de cuidado em saúde mental em disputa com os interesses capitalistas e do Estado burguês, que também arrefecem a perspectivas emancipatórias em saúde mental. Nesta perspectiva, algumas limitações evidenciadas serão discutidas, como a não instrumentalização dos profissionais.

As diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira concebem usuários e profissionais como sujeitos ativos na produção da realidade do cuidado. Nos CAPS, isso implica evitar a redução dos trabalhadores a meros executores de técnicas. No estudo de Lima et al., (2017), mostra que profissionais dos CAPS do DF se reconhecem como agentes fundamentais do modelo psicossocial, compreendendo a saúde mental de forma integral mesmo diante de limitações materiais. Estes trabalhadores são sujeitos de saber e de prática, capazes de produzir cuidado por meio de escuta, reflexão crítica e relações comunitárias (Lima, et al., 2017).

A articulação entre teoria e ética na práxis em saúde mental envolve o posicionamento crítico dos profissionais dos CAPS, alinhado com a saúde mental em sua dimensão integral, superando práticas tecnicistas, reducionistas e institucionalizantes. Dessa forma, profissionais de CAPS do DF ressaltam a importância de uma formação continuada e vêem a precarização do cuidado ofertado como consequência das não condições suficientes de aprimoramento do profissional da rede, atuação que precisa estar orientada na Reforma Psiquiátrica e da clínica ampliada, que afirmam a singularidade de cada sujeito e a necessidade de abordagens interdisciplinares (Lima, et al., 2017).

No estudo de Husein (2016), evidencia-se que a teoria e a ética da Reforma Psiquiátrica se materializam no posicionamento de profissionais dos CAPS AD do DF, que se colocam em defesa do modelo psicossocial. Ao analisar debates sobre políticas públicas e internação compulsória de pessoas que usam substâncias psicoativas, o estudo mostra que gestores se opõem a modelos manicomiais e biomédicos, reafirmando a centralidade dos direitos humanos. Husein (2016) demonstra que esses trabalhadores tensionam as lógicas de “recolhimento” e “acolhimento”, atuando de forma comprometida com práticas antimanicomiais e com a luta contra estigmas, violências e institucionalizações.

A estrutura física dos serviços é um elemento decisivo para a efetivação da práxis em saúde mental. Azevedo (2017) aponta que limitações estruturais comprometem a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, como se observa no CAPS AD III, onde a localização estratégica no centro da cidade facilita o acesso, mas a precariedade do espaço físico restringe a qualidade do cuidado. Assim, mesmo situados em territórios adequados, os CAPS necessitam de instalações compatíveis com a alta demanda e com a realização de práticas terapêuticas diversificadas.

O impacto da infraestrutura é igualmente evidente no CAPS III, cujo prédio foi projetado especificamente para essa finalidade, favorecendo a oferta de cuidado integral, com leitos e diferentes modalidades terapêuticas (Albuquerque, 2020). Apesar de ser considerado referência na rede, a elevada demanda e a sobrecarga da equipe revelam limitações físicas que afetam a qualidade dos serviços prestados (Lima, et al., 2017).

Estas limitações são evidenciadas a nível macro no território do DF, com a frequência de CAPS atendendo populações de outras regiões do Distrito. Isto é consequência do não financiamento ou desvio do repasse orçamentário da União para o cumprimento das políticas públicas em saúde resultantes da Lei nº 10.216/01, o que interfere diretamente no funcionamento dos CAPS e do atendimento à população em sofrimento. Financiamento este que ainda sustenta hospitais psiquiátricos que funcionam sob lógica manicomial (Azevedo, 2017; Brasil, 2001).

A localização e a relação com a territorialidade enquanto aspecto fundamental na práxis dos dispositivos de saúde mental como os CAPS, também foi evidenciada em alguns trabalhos. No estudo de Quintão (2017), ao investigar as representações sociais do crack por usuários da substância, os participantes se encontravam em situação de rua no setor comercial sul, local famigerado pela circulação de usuários da substância. O CAPS AD III foi transferido para o

referido setor, entre outros motivos, para abranger o território de tais usuários, o que diretamente pensou a forma como os sujeitos estabelecem vínculos com o serviço.

A localização atual do CAPS AD III foi definida considerando o território como um espaço vivo, produzido pelas experiências e condições materiais da população que o ocupa. Essa escolha favorece o acesso, o acolhimento e a construção de projetos terapêuticos alinhados ao cotidiano dos usuários (Quintão, 2017). Reconhecer o território, portanto, implica compreender que os sujeitos atribuem significados e modos de vida ao espaço, exigindo dos profissionais e da rede uma sensibilidade para integrá-lo como elemento ativo no cuidado em saúde mental.

A teoria e a ética também se expressa no posicionamento de profissionais que trabalham em CAPS AD do DF em favor do modelo psicossocial. No estudo de Husein (2016), o debate sobre políticas públicas e práticas de internação compulsória de pessoas em uso de substâncias psicoativas revelou a posição contrária de gestores aos modelos manicomiais e biomédicos no tratamento desta população. O referido estudo tenciona as lógicas de “recolhimento” e “acolhimento” empregadas no cuidado de pessoas em sofrimento por substância aos olhos da Reforma Psiquiátrica, onde os profissionais que participaram do estudo demonstraram seu fazer alinhado a reforma brasileira em prol da garantia dos direitos humanos, atuação que envolve também compromisso na luta contra práticas institucionalizantes, que sustentam estigmas e violências (Husein, 2016).

Outro fator evidenciado para discussão, é a estrutura física dos serviços e a influência na práxis. De acordo com Azevedo (2017), o efetivo cumprimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica depende, dentre vários fatores, da estrutura física dos serviços, cujas limitações inferem diretamente na práxis em saúde mental. No caso do CAPS AD, a localização facilita o acesso das pessoas em situação de rua e usuários de substâncias - população atendida pelo

dispositivo - mas a precariedade do espaço físico compromete a qualidade do cuidado. Não apenas o território e localização devem ser estratégicos, como também a estrutura do local precisa ser adequada à alta demanda, a possibilidade de ações e oferta de atividades terapêuticas diversas.

O impacto da estrutura física do CAPS na práxis é bem evidenciado no CAPS III. Tendo em vista que o prédio foi projetado desde a sua construção para ser um CAPS, os resultados deste planejamento são expressivos. O dispositivo possui uma estrutura que possibilita atendimentos integrais através de leitos e projetos terapêuticos diversificados, como atendimentos individuais, grupos temáticos e oficinas, o que permite a criação e manutenção de espaços de convivência no local (Albuquerque, 2020). Desta forma, o CAPS III é visto como referência na rede de saúde mental, no entanto a alta demanda de usuários e a sobrecarga da equipe refletem limitações físicas do serviço e que interferem diretamente na qualidade do serviço ofertado (Lima, et al., 2017).

Estas limitações são evidenciadas a nível macro no território do DF, com a frequência de CAPS atendendo populações de outras regiões do Distrito. Isto é consequência do não financiamento ou desvio do repasse orçamentário da União para o cumprimento das políticas públicas em saúde resultantes da Lei nº 10.216/01, o que interfere diretamente no funcionamento dos CAPS e do atendimento à população em sofrimento psíquico. Financiamento este que ainda sustenta hospitais psiquiátricos que funcionam sob lógica manicomial (Azevedo, 2017).

A localização e a relação com a territorialidade enquanto aspecto fundamental na práxis dos dispositivos de saúde mental como os CAPS, também foi evidenciada em alguns trabalhos. No estudo de Quintão (2017), ao investigar as representações sociais do crack por usuários da substância, os participantes se encontravam em situação de rua no setor comercial sul de Brasília, local famigerado pela circulação de usuários da substância. O CAPS AD foi transferido para o

referido setor, entre outros motivos, para abranger o território de tais usuários, o que diretamente pensou a forma como os sujeitos estabelecem vínculos com o serviço.

Desta forma, a localização atual do CAPS AD foi pensada sob o ponto de vista do território enquanto um espaço não apenas geográfico, mas também um espaço ocupado e produzido pelas vivências daqueles que o ocupam, compreendendo o território e a realidade concreta de sua população. Assim o CAPS considera a condição material do público-alvo atendido e isso favorece o acesso ao serviço, o acolhimento oferecido e recebido, com vista a construção de projetos terapêuticos articulados ao cotidiano dos usuários (Quintão, 2017). Reconhecer o território implica também reconhecer que os sujeitos produzem significados e modos de vida a partir dele, o que convoca dos profissionais e da rede sensibilidade para compreender o espaço como componente ativo no cuidado em saúde mental.

2.1.2 A práxis dos profissionais

Os perfis dos profissionais compõem um sub eixo crucial para a discussão. Os CAPS-AD do DF são compostos por uma equipe multiprofissional que conta com assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais e cargos assistenciais (Lima, et al., 2017). No que se refere ao tempo de formação, grande parte dos trabalhadores de nível superior formou-se recentemente, com até dez anos de formação. Já os de nível médio possuem uma trajetória profissional mais longa (Lima, et al., 2017).

Foi observada também uma iniciativa da equipe em buscar outras qualificações, graduações e cursos de atualização. No entanto, um dos obstáculos relacionados à questão da formação é a dificuldade de aplicação desses conhecimentos na prática, sob a lógica do modelo psicossocial (Lima, et al., 2017). Isso revela que a busca por capacitação pode não ser suficiente

se os cursos ainda tiverem como base o modelo manicomial. Apesar dessa dificuldade, os profissionais se percebem em um processo de aprendizagem (Lima, et al 2017).

Outro desafio encontrado diz respeito aos critérios exigidos para atuar em um CAPS. Nesse sentido, os profissionais ingressam no serviço por meio de concursos públicos voltados para o âmbito da saúde, mas não necessariamente para o campo da saúde mental (Britto Neto, 2017). Essa falta de especificidade produz um cenário no qual os profissionais não estão, muitas vezes, instrumentalizados para exercer o trabalho demandado por esses dispositivos. Como consequência, percebe-se mais um obstáculo ao modelo antimanicomial em sua efetivação.

Gestores de CAPS AD apontam a educação continuada como eixo fundamental para enfrentar os desafios do cotidiano do serviço. Britto Neto (2017) destaca que esse processo contribui para desconstruir estigmas, promover reflexão crítica e orientar o trabalho pela lógica da redução de danos. Ao envolver a equipe interprofissional, a formação continuada fortalece a capacidade de análise e qualifica o cuidado oferecido. Sob a perspectiva do paradigma psicossocial, a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica na prática dos CAPS depende justamente dessa articulação entre interdisciplinaridade, superação de preconceitos e redução de danos como bases para um cuidado mais humanizado (Britto Neto, 2017).

Nesse contexto de humanização e valorização da subjetividade dos usuários, as dimensões socioeconômicas como emprego, renda, saúde e educação, que são impactados pelo sofrimento, necessitam de um olhar articulado da equipe (Britto Neto, 2017). No CAPS AD III, por exemplo, são realizadas oficinas de preparação para o mercado de trabalho, de jogos, de esporte e lazer, da beleza, entre outros, que são conduzidos pelos profissionais de acordo com a sua área de formação (Botelho, 2018). Dessa forma, ações como essas podem contribuir para a reinserção dos usuários

na sociedade, materializando os princípios do cuidado psicossocial e da Reforma Psiquiátrica na prática cotidiana.

Dessa forma, tanto as fragilidades relatadas na formação e na preparação profissional para lidar com a realidade que se apresenta nos CAPS-AD, como a falta de especificação na forma de ingresso, constituem entraves à consolidação da abordagem psicossocial. Nesse sentido, esses percalços evidenciam a necessidade de uma educação continuada como ferramenta para preencher essas lacunas oriundas da formação inicial (Britto Neto, 2017).

Falando especificamente sobre a percepção dos gestores dos CAPS-AD sobre as dificuldades e desafios, que são em alguns momentos compartilhados pela equipe como um todo, e possibilidades presentes no dia a dia do serviço, a educação continuada foi vista como uma forma de modificar o cenário atual. Nesse sentido, a formação continuada é compreendida como um processo de desconstrução de estigmas, construção reflexiva e atuação voltada para a redução de danos (Britto Neto, 2017). Assim, a educação continuada junto aos outros membros da equipe interprofissional pode amplificar a construção de um cenário de reflexão crítico sobre a sua atuação, com um olhar mais especializado para os usuários do CAPS-AD.

Tem sido construído um novo modelo de cuidado em saúde mental, na tentativa de romper com a psiquiatria tradicional e substituir por uma lógica antimanicomial. Para a construção de uma práxis coerente com a lógica antimanicomial, é preciso discutir a fundamentação da prática profissional, que abrange uma discussão teórica, política, técnica e ética. Nessa lógica, o paradigma psicossocial entra como uma perspectiva necessária para a construção de uma nova forma de lidar com o sofrimento psíquico (Lima, et al., 2017), em conjunto com a perspectiva antimanicomial, voltada para a valorização da autonomia dos sujeitos (Britto Neto, 2017).

A transposição de uma lógica baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica para a prática nos CAPS, sob a perspectiva do paradigma psicossocial, pode ser o caminho para a concretização de um cuidado sensível aos aspectos demandados por esses serviços de saúde mental e humanizado. Nesse sentido, o novo modelo a ser implementado deve ter como base a interdisciplinaridade, a desconstrução de preconceitos, a redução de danos (Britto Neto, 2017).

Nesse contexto de humanização e valorização da subjetividade dos usuários, as dimensões socioeconômicas como emprego, renda, saúde e educação, que são impactados pelo sofrimento psíquico, necessitam de um olhar articulado da equipe (Britto Neto, 2017). No CAPS AD, por exemplo, são realizadas oficinas de preparação para o mercado de trabalho, de jogos, de esporte e lazer, da beleza, entre outros, que são conduzidos pelos profissionais de acordo com a sua área de formação (Botelho, 2018). Dessa forma, ações como essas podem contribuir para a reinserção dos usuários na sociedade, materializando os princípios do cuidado psicossocial e da Reforma Psiquiátrica na prática cotidiana.

2.1.3 Práxis a partir dos usuários

A identificação do diagnóstico como um dos elementos que orientam o cuidado, bem como a compreensão do próprio sofrimento, constituem-se como aspectos importantes para a adesão ao tratamento. Esses processos conferem ao sujeito maior autonomia para construir, em diálogo com os profissionais dos CAPS, o percurso terapêutico mais compatível com sua realidade e suas necessidades, promovendo a participação ativa do usuário em sua própria narrativa. Contudo, intensifica-se o debate em torno do crescimento da demanda por diagnósticos psiquiátricos, já que, em muitos casos, a categoria diagnóstica acaba funcionando como dispositivo de redução da complexidade, tornando-se uma identidade, restringindo experiências e singularidades que

compõem as dimensões do cuidado nos serviços substitutivos. Além disso, o aumento dos diagnósticos tende a ampliar a prescrição de medicamentos, sobretudo em um contexto no qual os transtornos mentais são majoritariamente ancorados em explicações de base biológica, o que reforça o lugar da indústria farmacêutica como produtora privilegiada de respostas (Freitas & Amarantes, 2015).

O diagnóstico situado como identidade aparenta uma libertação, mas na prática, quando centralizado pelos sujeitos, profissionais e pelo próprio serviço em seu funcionamento institucional, funciona como produtor de exclusão, reduzindo o sofrimento à doença. Essa lógica também se apresenta no cenário do CAPS AD, uma vez que os sujeitos identificados por si e por outros, ao objeto droga, tem a complexidade reduzida envolta do sofrimento, que é relacionado à substância e não causada por ela. O debate não é para negar o transtorno mental, mas descentralizá-lo e considerar a existência-sofrimento e sua relação com o corpo social (Rotelli, 2001) como objeto central dos serviços substitutivos, isso muda estruturalmente todo o propósito do acompanhamento aos sujeitos.

A identificação com o suposto diagnóstico é melhor representado pelo reconhecimento de si mesmo, o que o caracteriza e o que o rotula como pessoa e como usuário, de forma coerente ou não. Quintão (2017) relata alguns dos processos que fazem parte da construção da identidade desses usuários, a forma como o imaginário social e suas condições de vida acabam por definir suas concepções sobre seus próprios corpos. De forma geral, foi observado que as ancoragens e objetivações das representações sociais tem ligação direta com o lugar que os indivíduos ocupam, e os preconceitos ligados às suas condições. Quintão levanta o ponto, por exemplo, de que os usuários de crack são vistos como ladrões, mendigos, doentes e lixos, e a partir disso, é observado por parte deles uma busca pelo distanciamento dessas estruturas que os estigmatizam.

A partir da dissertação de Quintão (2017), é possível observar que as relações familiares podem ser apontadas como produtoras primárias de exclusão desses indivíduos, pois as dinâmicas disfuncionais, marcadas por situações de sofrimento, e que podem vir a interferir ou influenciar, por exemplo, na prática de consumo de drogas desses indivíduos. Entretanto, o sofrimento apontado a partir dos relatos deste estudo se estende também a critérios como: a vivência nas ruas e a violência que os cerca; a dicotomia entre o uso de crack como fator de alívio ou fator de sofrimento, com a imprecisão do título do crack como “bom ou ruim” “produtor de vida ou morte”; e os desacordos entre a dependência e independência do crack, visto que os conceitos de vício e autocontrole acabam por se misturar nos imaginários desses usuários, por diversos motivos.

É preciso incluir na análise o lugar do sujeito na relação com a substância, que aparece como tampa de seu sofrimento frente às ausências do Estado, família e sociedade, bem como da sua própria ausência da vida em razão da cronificação de seu sofrimento, ocorrendo em usos cada vez mais graves. Não se está falando aqui de pessoas que fazem o uso livre das substâncias psicoativas sem incorrer em sofrimento em suas relações, mas sim dos usuários que frequentam os serviços de saúde mental e apresentam sofrimento na relação com o uso e prejuízos nos diversos âmbitos da vida. O debate deve concentrar-se na lógica de cuidado dirigida a esses indivíduos, permanentemente tensionada pelas disputas entre a perspectiva da Redução de Danos e aquela orientada pela abstinência.

É preciso considerar que a identificação ao serviço é um dos fatores principais que sustentam não somente a permanência, mas a aderência dos usuários aos serviços e às terapêuticas oferecidas nos CAPS. Esse ponto engloba, em partes, a modificação da experiência dos usuários a partir das políticas. A participação nos serviços vai depender também de outras variáveis como apresentadas nos próximos parágrafos.

A dissertação de Andrade (2018) traz, a partir de relatos dos usuários, fatores de risco, e consequentemente provocadores de sofrimento em relação ao uso de substâncias, como: as alterações físicas e psicológicas que o consumo de crack provoca, sobretudo o comportamento agressivo decorrente dessas alterações, que se ligam a hostilidade com familiares, amigos e até com outros usuários, o que abre portas para demais formas de violência praticadas e sofridas; o uso de drogas em locais abertos, que os expõe a policiais, outros usuários e demais membros da comunidade, levantando mais uma vez o tópico da violência, junto a delação e vulnerabilidade. É importante reconhecer também que um ponto em comum a partir dos relatos e estudos é que o uso do crack é predominante em populações com maior vulnerabilidade social, e ao falar de sofrimento, a consideração dos fatores socioeconômicos, raciais, de gênero e culturais são indispensáveis.

A respeito da participação dos usuários no serviço, é preciso considerar que a identificação é um dos fatores principais que sustentam não somente a permanência, mas a aderência dos usuários aos serviços e atividades oferecidas nos CAPS. Esse ponto engloba, em partes, a modificação da experiência dos usuários a partir das políticas. A participação nos serviços vai depender também de outras variáveis como apresentadas nos próximos parágrafos.

Segundo a dissertação de Andrade (2018), foi apontado, a partir de entrevistas feitas com usuários, o CAPS AD como fator de proteção por: fortalecer aspectos de perspectiva de mudança e recuperação da saúde; proteção de violências externas relacionadas ao uso da droga; e construção de bem estar social, por ajudar na melhora da relação familiar e empregatícia, e favorecer visitas de amigos e familiares no CAPS, visto que essa rede de apoio foi apontada como facilitador importante para o tratamento. A partir de um dos relatos deste estudo, foi possível perceber que a

identificação que ocorre entre os próprios usuários nas rodas de conversa também favorecem a perspectiva de reconhecimento e mudança, fortalecendo vínculos interpessoais e com o ambiente.

A tese de Albuquerque (2020) levantou, a partir da perspectiva unicamente masculina, alguns dos fatores que dificultam o acesso dos homens aos serviços de cuidado em saúde mental e alguns fatores que favorecem sua permanência nesses serviços e na continuidade de seus tratamentos necessários, entre eles o papel das mulheres no incentivo a continuidade e a criação de vínculos com profissionais. Outro ponto importante que esse estudo trouxe foi a baixa incidência do CAPS como primeiro lugar quando se trata da busca por cuidados em saúde mental, assim como a pouca percepção sobre emoções e transtornos mentais vividos. O senso de masculinidade, construído socialmente, dificulta não só a busca, mas também a permanência desses homens nos serviços de assistência.

Albuquerque (2020) mostra que, apesar da oferta de atividades variadas, usuários do CAPS III tendem a participar de forma passiva e com pouco entendimento sobre os objetivos dos grupos, o que indica dificuldades do serviço em promover protagonismo, autonomia e autocuidado. Em contraste, usuários do CAPS AD com maior tempo de acompanhamento demonstram melhor compreensão sobre seus processos de adoecimento e sua relação com o uso de álcool e outras drogas. Para que o usuário se identifique com as políticas de cuidado e prossiga um tratamento adequado para si, é necessário que ele entenda os propósitos de estar naquele ambiente, envolvido nas atividades e demais objetivos do seu próprio processo terapêutico, resultando também em uma modificação da experiência dos usuários a partir das políticas. Esse entendimento vem a partir de diversos fatores, e um deles é a comunicação e, esta, necessita de clareza, flexibilidade, linguagem simplificada e levantamento de interesses. A respeito das políticas públicas, estas se relacionam

com interesses do Estado, vieses de gênero, raça e condição socioeconômica, e se misturam com os ideais manicomiais.

A tese de Albuquerque (2020) fez menção a um episódio onde um dos pacientes usuário do serviço CAPS AD III, teve uma recaída após sua profissional de referência, uma assistente social do serviço, ter sido realocada para outro local de atendimento. Isso levanta a importância da questão de que a criação de espaços de convivência e de vínculos nesses serviços também são políticas de cuidado de suma importância para a forma como esse usuário se sente pertencente, e prossegue com seu tratamento. Albuquerque aponta que a partir da confiança criada, o usuário consegue reconhecer as práticas de assistência que mais o ajudam e que proporcionam o alívio do sofrimento.

Um outro ponto muito importante, levantado pela tese de Albuquerque (2020), é a chamada “guerra às drogas” e os aspectos que englobam as políticas públicas envolvidas. Ele argumenta sobre a relação de poder do Estado e a falta de acesso à saúde e promoção de direitos, sendo representada pela repressão policial, pelas políticas estatais de internação compulsória, e pelo encarceramento desses indivíduos, homens pretos, pobres e periféricos, que são muito semelhantes aos entrevistados neste estudo. Albuquerque prossegue argumentando que as políticas públicas voltadas para a vida dos entrevistados deixam evidente o mantimento da marginalização deles, limitando direito à moradia, trabalho e renda (Saraceno, 1999, como citado em Albuquerque, 2020), além do risco elevado de serem presos, assassinados ou de permanecerem em situação de rua (Waiselfisz, 2015, como citado em Albuquerque, 2020). “[A] realidade apreendida pelo presente estudo permite afirmar que o CAPS AD pode representar uma política pública alternativa para a garantia de direitos e de promoção da cidadania [...] contrapondo-se a criminalização desses sujeitos [...]” (Albuquerque, 2020, p. 170)

Tanto Albuquerque (2020) quanto Andrade (2018) citam o CAPS AD III como seguidor da abordagem de redução de danos, que combate a abstinência e se volta para a minimização dos riscos no uso de substâncias, considera as escolhas dos indivíduos, redução de impactos sociais, e privilegia o olhar para as condições de vida deles e sua relação com o uso. Andrade (2018) aponta a redução de danos com o fator de proteção, que constrói melhor crescimento e desenvolvimento no indivíduo, sendo mecanismo fundamental para a promoção em saúde. “Conclui-se que as ações de redução de danos são mais efetivas quando absorvidas pelas atividades terapêuticas que perpassam no cotidiano dos usuários e na articulação com os atores sociais e políticos” (Andrade, 2018, p. 8).

2.1.4 A relação da gestão com a práxis

Sob a perspectiva marxista, a práxis é entendida como a mediação entre condições materiais e ação transformadora, o que torna a estrutura física dos serviços um elemento central para compreender tensões entre alienação e emancipação no cuidado. O estudo de Gonçalves (2015), evidencia que muitos CAPS apresentam instalações inadequadas — desde a falta de espaços para oficinas e convivência até dificuldades de acessibilidade e distância dos territórios atendidos. Essas limitações estruturais, resultantes de decisões de gestão, configuram barreiras ao cuidado territorial e ao protagonismo dos usuários, contribuindo para a reprodução de dinâmicas institucionais que restringem a práxis transformadora.

Por outro lado, intervenções que reformam, requalificam ou investem em espaços coletivos — salas de convivência, ambientes terapêuticos abertos, acessibilidade universal — atuam como práticas gestoras que desvelam a materialidade da práxis: não são luxos, mas condições necessárias

para que a teoria crítica se torne cuidado, para que o serviço seja lugar de contrapoder em face do modelo institucionalizado.

A disparidade entre o que a norma prevê e o que se realiza na prática evidencia uma contradição estrutural: embora o usuário seja convocado ao protagonismo, encontra procedimentos administrativos que o subordinam. Em uma gestão orientada pela práxis, instrumentos como relatórios, indicadores e protocolos deveriam ser mediados por processos de escuta, avaliação contextualizada e participação efetiva, assegurando que o usuário componha o cuidado de forma ativa. Assim, o gerenciamento dos usuários se torna um espaço de disputa entre uma racionalidade administrativa-controladora e outra emancipatória, e a própria organização do cuidado revela se a práxis opera para transformar relações de dominação ou para reproduzi-las.

Os CAPS foram instituídos como serviços substitutivos ao modelo asilar, orientados pelo cuidado territorial e pela participação da família e da comunidade (Brasil, 2011). Apesar de contarem com dispositivos como acolhimento integral, Projeto Terapêutico Singular e funcionamento 24h, sua práxis é marcada por contradições. Processos de precarização e tendências neoliberais de privatização da saúde podem levar à reprodução de práticas que se afastam das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, produzindo um descompasso entre a norma e o cotidiano (Costa & Faria, 2021). Os estudos analisados destacam justamente esse antagonismo entre a formalização dos CAPS e seu funcionamento real, indicando múltiplos entraves que atravessam e limitam a práxis nos dois serviços investigados.

A Lei 10.216/2001 estabelece a base legal dos CAPS ao reafirmar direitos das pessoas em sofrimento mental e orientar a política nacional de cuidado (Brasil, 2001). Entretanto, sua implementação enfrenta barreiras, como a dificuldade de romper com o modelo hospitalocêntrico e de consolidar práticas comunitárias, refletidas na oferta limitada de estratégias terapêuticas e

ações de reinserção social. A análise dos artigos mostra que apesar das leis e portarias reafirmarem um poder institucional, elas não garantem sua operacionalidade. O descompasso entre o marco legal e sua execução revela que a Reforma Psiquiátrica, enquanto política pública, permanece tensionada por disputas de projetos societários e por limites estruturais do Estado brasileiro, exigindo vigilância permanente dos movimentos sociais e das práticas cotidianas de cuidado para que seus princípios não se reduzam a uma formalidade normativa.

A Portaria nº366/2002, que define características e condições de funcionamento dos CAPS, e a Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS e regulamenta esses serviços (Brasil, 2002; Brasil, 2011), constituem marcos essenciais para sua organização. Contudo, muitos CAPS carecem dos recursos necessários para cumprir tais diretrizes. No CAPS III estudado, por exemplo, o número de usuários supera significativamente o recomendado pela Portaria nº3.088, dificultando a realização de responsabilidades previstas, como o acolhimento contínuo, inclusive noturno. Contudo, a RAPS não se constituiu apenas por existir uma normativa. Para Merhy (2014), a rede não existe como estrutura dada, garantida apenas por normas, fluxos ou portarias, mas se constitui no cotidiano dos serviços, como efeito do trabalho vivo em ato, sua efetivação depende menos da formalização burocrática e mais da capacidade dos coletivos de trabalho de criar conexões reais e potentes, capazes de sustentar projetos terapêuticos compartilhados e produzir cuidado singular.

A Portaria nº 366 (Brasil, 2002) estabelece qualificadores de assistência para os CAPS, porém sua implementação enfrenta obstáculos significativos. Há dificuldade em realizar atendimentos individuais devido à falta de infraestrutura e de profissionais disponíveis, e as visitas domiciliares tornam-se raras diante da sobrecarga interna do serviço. Atividades comunitárias também são prejudicadas, tanto pela demanda excessiva quanto por barreiras sociais, como o

estigma contra pessoas em sofrimento mental — especialmente no CAPS AD III, onde usuários vivenciam maior estigmatização associada ao uso de álcool e outras drogas.

Essa contradição entre norma e realidade evidencia as tensões entre o ideal normativo — a práxis como mediação crítica entre teoria e prática — e as condicionantes materiais concretas. A lei e as portarias formalizam um projeto emancipatório, mas sua materialização depende de forças sociais, de incidência política, do financiamento e de decisões históricas: se essas dimensões não se viabilizam, a norma permanece retórica. Assim, a luta por uma saúde mental crítica torna-se também luta por transformar as condições concretas de existência — não basta declarar direitos, é preciso garantir os meios de viver esses direitos

O financiamento na práxis é também a expressão de prioridades políticas e de forças sociais, determinando o que pode ou não acontecer de fato no terreno da saúde mental. Segundo Gonçalves (2015), a Avaliação Crítica da Reforma Psiquiátrica na RIDE-DF destaca que atribuições legais de financiamento, repassadas entre esferas federal, estadual e municipal, frequentemente carecem de clareza, sofrem cortes, atrasos ou insuficiências, o que inviabiliza a continuidade de oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e manutenção de equipes com vínculos laborais adequados.

Quando o financiamento é instável ou insuficiente, há tendência à precarização do trabalho e à redução do cuidado a procedimentos medicalizantes, reproduzindo formas alienadas de intervenção. Em contrapartida, modelos de financiamento que asseguram continuidade, intersetorialidade e participação social criam as condições objetivas para que a práxis se realize como atividade transformadora, ao articular teoria crítica, políticas públicas e práticas de cuidado orientadas para a emancipação (Athié, 2024; Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

2.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ESTA REVISÃO DE LITERATURA

O presente trabalho buscou apreender como a práxis dos CAPS do DF é analisada e compreendida pela literatura acadêmica. Apesar de se pautar em dois serviços e da forma de acesso a eles e suas realidades serem pela produção acadêmica, foi possível constatar uma dinâmica singular, mas que não está dissociada do contexto da RAPS e da saúde mental distrital e brasileira como um todo, possibilitando reflexões sobre as contradições, limites, mas também possibilidades e potencialidades da práxis em saúde mental.

Os CAPS, enquanto dispositivos substitutivos ao manicômio, constituem espaços centrais na materialização da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Observa-se que a práxis em saúde mental é tensionada por contradições estruturais, que vão desde a precarização das condições de trabalho até os limites impostos pela lógica neoliberal, evidenciando o quanto a transformação efetiva do cuidado em saúde mental depende de condições materiais, políticas e éticas favoráveis. Ainda que os serviços investigados revelem iniciativas potentes de resistência, permanece evidente a fragilidade da rede frente às determinações do Estado e da economia política que regulam a saúde.

A operacionalização da RPB a partir dos profissionais ultrapassa a aplicação técnica de protocolos e se fundamenta em práticas relacionais, éticas e comunitárias, articuladas a processos de formação continuada. No entanto, o ingresso em cargos sem a devida preparação específica para a saúde mental, somado à insuficiência de políticas de capacitação, representa um obstáculo à consolidação do paradigma psicossocial. Assim, a práxis dos trabalhadores poderia se desenvolver plenamente quando sustentada por políticas que valorizem tanto a formação crítica quanto a autonomia profissional.

A análise da gestão dos serviços também revela dimensões centrais para a compreensão da práxis em saúde mental. A estrutura física, a forma de organização do cuidado e o financiamento

público mostram-se como fatores determinantes para a possibilidade de efetivação do modelo antimanicomial. Enquanto a existência de espaços adequados e acessíveis potencializa a convivência e a coletividade, a insuficiência de recursos, o excesso de demanda e a lógica institucionalizada comprometem a experiência dos usuários e dos trabalhadores. Desse modo, a práxis é constantemente desafiada a se afirmar diante de condições que podem tanto favorecer quanto restringir sua dimensão transformadora. Desse modo, a práxis é constantemente desafiada a se afirmar diante de condições que podem tanto favorecer quanto restringir sua dimensão transformadora.

Por fim, a análise das experiências dos usuários evidencia que a efetividade da práxis não se limita à esfera institucional, mas se estende à vida cotidiana e à relação dos sujeitos com o território, com a política pública e com seus próprios projetos de existência. A identificação com o cuidado, o fortalecimento de vínculos e a redução de danos aparecem como práticas fundamentais para romper com estigmas e possibilitar a emancipação dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse sentido, reafirma-se que os CAPS, mesmo atravessados por contradições, configuram-se como espaços estratégicos para elaboração de novas vivências, capazes de atualizar o compromisso da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial com a produção de cidadania e reformulação da relação da sociedade com o que é considerado louco e loucura.

CAPÍTULO 3

ENTRE UM PROJETO E O COTIDIANO POSSÍVEL

“Quando se vê, já são 6 horas...

Quando se vê, já é 6^a-feira...

Quando se vê, passaram 60 anos!”

(Quintana, 1986)

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa possui caráter exploratório, com abordagem qualitativa. Para essa investigação foi utilizada a estratégia de triangulação dos dados, com a combinação de três instrumentos de produção de dados, a saber: análise documental, observação participante e grupo focal com os trabalhadores e com os usuários de dois CAPS III do DF. Tal combinação de métodos, por meio da abordagem qualitativa, visa o maior contextualização e profundidade analítica, numa orientação totalizante (Lervolino & Perlicioni, 2001).

Foram escolhidos dois CAPS de tipo III do DF, sendo eles, um de modalidade AD e outro compreendido como “CAPS “geral” ou “CAPS transtorno”, adjetivo utilizado de maneira informal no cotidiano dos serviços para diferenciar as duas modalidades (diário de campo). A pesquisa empírica iniciou-se com idas aos dois equipamentos, com seis visitas ao CAPS III e seis ao CAPS AD III, com participações em reuniões de equipe, grupos terapêuticos e convivência no serviço. Em todas as visitas foram tomadas notas em diário de campo, pela pesquisadora e pelos estudantes do grupo de pesquisa, posteriormente eram realizados momentos de discussão no grupo de pesquisa para compartilhar as observações e debater os achados. Em ambos os serviços foi realizado contato inicial com as gerentes para apresentação da pesquisa e articulação das visitas aos CAPS.

Inicialmente foi realizada a participação em duas reuniões de equipe de ambos os serviços, em que já se iniciou a observação-participante e realizou-se o convite aos trabalhadores para participação no GF. O primeiro GF foi realizado no CAPS III com os trabalhadores em dia de reunião de equipe, com apoio da gestora em ceder duas horas da reunião para possibilitar a participação. Posteriormente, duas visitas especificamente para a realização do Grupo Focal com os usuários. Todos os usuários foram indicados pelos trabalhadores e gestora, seguindo os critérios de inclusão: ser usuário do serviço com no mínimo seis meses de acompanhamento sem interrupções; ter prontuário ativo no serviço e disponível para consulta e participar de um grupo, terapia ou frequentar o serviço.

Para a participação dos usuários, foi realizado o contato com os mesmos para apresentação da proposta de pesquisa pelo telefone da pesquisadora. Após essa etapa, foi agendado data e horário para realização do grupo, sendo a primeira tentativa de GF tornando-se uma entrevista em razão das ausências dos usuários, comparecendo apenas duas, sendo possível a permanência apenas de uma usuária. Como risco previsto, é possível que as perguntas causem desconforto psicológico, o que ocorreu com uma usuária, sendo prestado o devido acolhimento e orientação no momento da intercorrência. Na segunda tentativa do GF neste serviço, foi realizada a partir da visita da pesquisadora em dia e horário indicado pela supervisora do CAPS com a estratégia de ir em um momento que ocorria dois grupos terapêuticos no serviço, de modo a ter contato com maior número de usuários. Foram convidadas cinco usuárias.

No CAPS AD III também foi realizado inicialmente o GF com os trabalhadores, em dia de reunião de equipe, previamente combinado com a gestora do serviço que dispôs de duas horas de reunião para facilitar a participação dos trabalhadores na pesquisa. Para a participação dos usuários no GF, foram realizadas duas visitas ao serviço para observação participante e convite aos usuários

para participação. Foram encontrados alguns dificultadores em reunir os usuários para o GF, como ausência de aparelho celular de muitos usuários dificultando a comunicação com os mesmos, ausência de rotina dos mesmos nas atividades do serviço, ocorrendo na variação dos convidados em relação aos usuários que de fato participaram no dia do GF, sendo esta formação mais orgânica conforme os usuários presentes, disponíveis e de acordo em participar no dia do GF.

Todos os participantes foram informados dos termos constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com leitura conjunta, disponibilização para assinatura e entrega de segunda via. O GF com os profissionais tiveram as seguintes perguntas disparadoras: O que é Saúde Mental para vocês? O que é CAPS para vocês? Como vocês se veem no CAPS? O que pensam sobre o papel do CAPS na sociedade?. O GF com os usuários, tiveram as seguintes perguntas disparadoras: O que é Saúde Mental pra vocês? O que é o CAPS pra vocês? Como vocês se veem no CAPS? Qual o papel do CAPS na sociedade? Como vocês praticam Saúde Mental?, com vistas a alcançar os objetivos secundários.

Figura 1

Caracterização dos participantes da pesquisa empírica no CAPS III

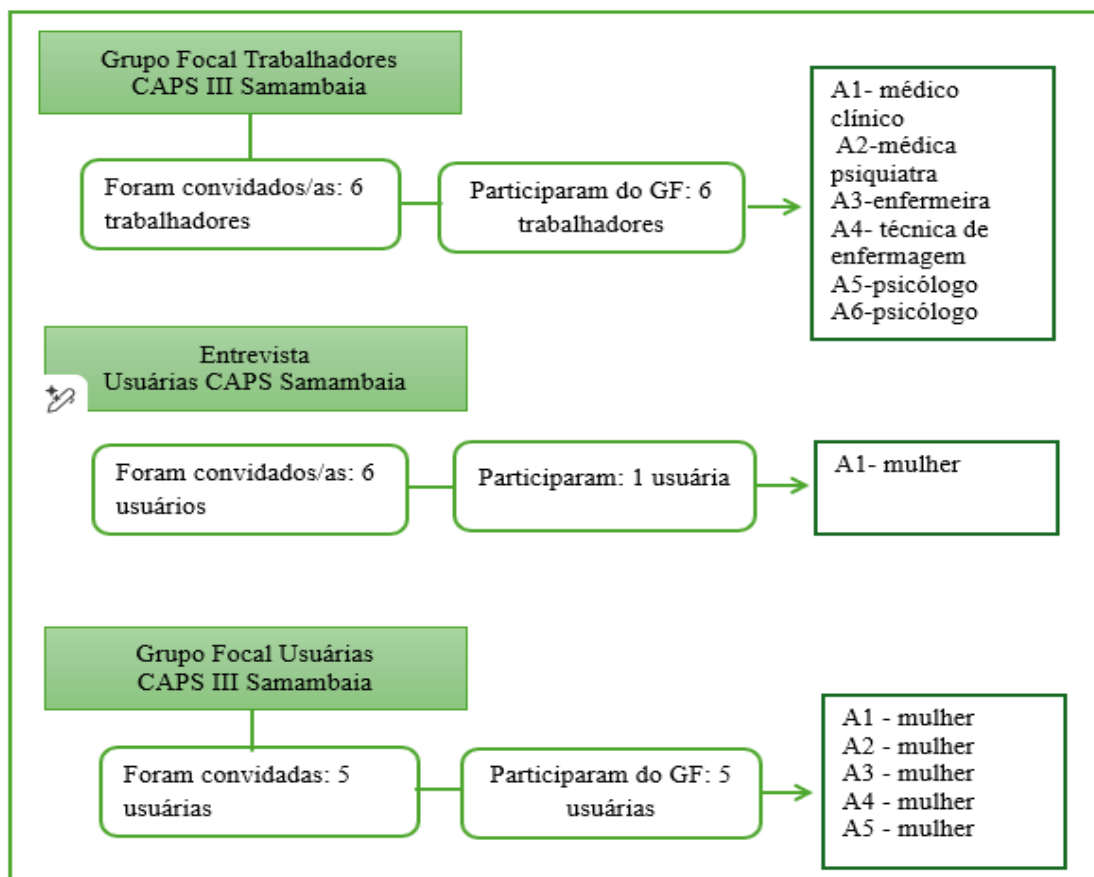
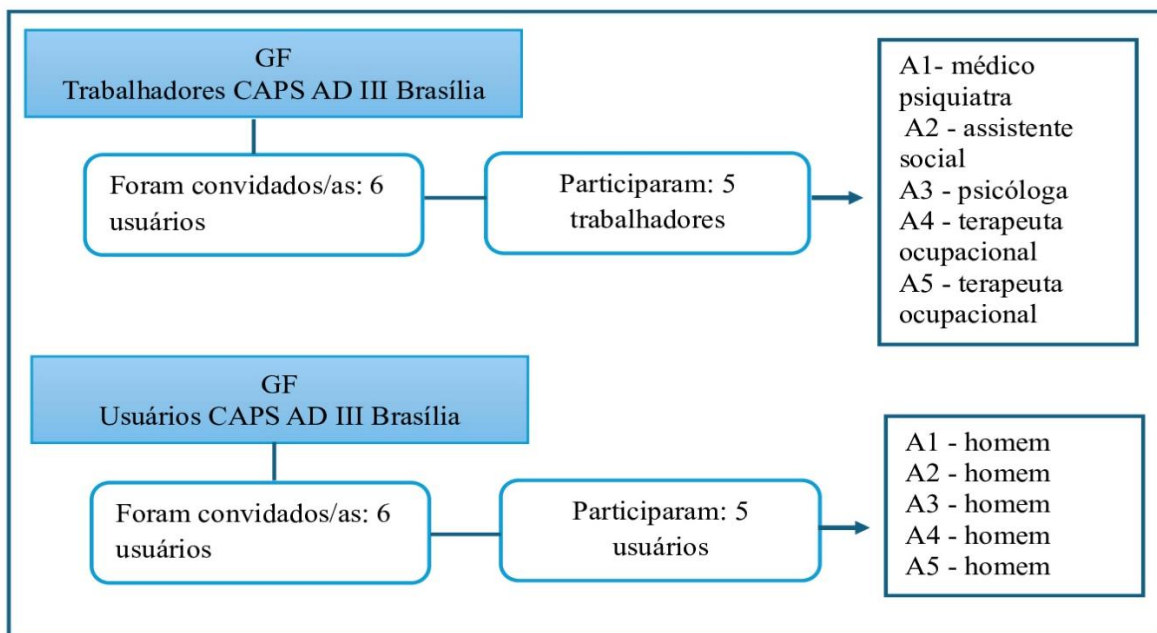


Figura 2

Caracterização dos participantes da pesquisa empírica no CAPS AD III



Os grupos focais tiveram seus áudios gravados, transcritos e lidos na íntegra. A análise dos dados se deu por Análise de Conteúdo Temática, partindo do método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (2021), onde o conteúdo levantado em campo é analisado situando os sujeitos de pesquisa e o conteúdo de suas falas dentro do contexto social e histórico, compreendendo a complexidade que suas falas expressam da e na realidade concreta. “E, como ponto de chegada, o ponto da especificidade histórica e totalizante que produz a fala” (Minayo, 2002, p. 77).

Segundo Minayo (2021), a hermenêutica e a dialética oferecem contribuições complementares para a análise da realidade social, uma vez que a hermenêutica possibilita a compreensão dos textos, dos acontecimentos históricos, da vida cotidiana e das experiências sociais, enquanto a dialética introduz as dimensões do movimento, da contradição, do conflito e da transformação. Dessa forma, ambas se configuram como um método de abordagem e análise de

natureza qualitativa.

Na perspectiva de Minayo (2021), a hermenêutica constitui-se como a arte da compreensão, entendida como um processo que envolve a interpretação, o estabelecimento de relações e a elaboração de conclusões em múltiplas direções. Contudo, esse movimento interpretativo implica também um exercício de autocompreensão. Assim, compreender o outro exige considerar suas formas de pensar, suas vivências, sua cotidianidade e sua trajetória histórica. Ademais, vale destacar que a análise não pretendeu escandir os fenômenos observados, mas, sim, discutir a realidade concreta e fomentar a continuidade da pesquisa na área.

Foram analisados os documentos fornecidos pelas gerentes dos serviços, contendo dimensionamento de carga horária de profissionais no serviço e plano de trabalho dos dois serviços, como quais grupos e atividades são construídos e ofertados, bem como os horários das mesmas, horário e frequência das reuniões de equipe, supervisão clínico-institucional e demais atividades. A especificação da distribuição de carga horária profissional para cada atividade dos CAPS, ambos os serviços não possuem. Não foi possível ler as atas das reuniões de equipe e registros em prontuários, como pretendia inicialmente esta pesquisa, em razão da limitação de tempo da pesquisadora, sendo um limitador da pesquisa.

Ressalta-se que a técnica de observação participante aconteceu paralelamente a todo o processo de articulação com os serviços, por meio de inserção da pesquisadora e de seu grupo de pesquisa no campo composto por graduandos em psicologia pela UnB, cursando diferentes semestres. Ocorreram treze encontros com o grupo de pesquisa para realizar as visitas e discutir os dados, bem como aprofundar a teoria junto aos estudantes, como parte de seus processos de formação. Foi utilizado como instrumento de registro, o diário de campo, junto aos estudantes-pesquisadores auxiliares da pesquisa, com os quais a pesquisadora se reunia após as idas aos CAPS,

para discutir os dados das observações e posteriormente registrar a compilação dos dados em uma tabela do excel.

A análise dos dados da pesquisa empírica se deu por meio de triangulação de dados advindos de dois pontos distintos, grupos focais e observação participante. A leitura foi organizada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamentos dos fenômenos observados e interpretação do material categorizado. Destaca-se que a interpretação do material foi realizada a partir do diálogo com produções e perspectivas que problematizam o campo da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade de Brasília, sob o número 83794224.2.0000.5540 e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Ciências da Saúde sob o número 83794224.2.3001.5553, responsável pelas pesquisas nos equipamentos de saúde do Distrito Federal. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e participaram aqueles que consentiram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das falas dos participantes nos grupos focais, categorias foram extraídas e organizadas conforme os eixos temáticos. Embora os eixos e as categorias sejam apresentados de forma distinta, compreende-se que os processos e sentidos que eles expressam não se constituem de modo separado. Dessa forma, a categorização deve ser entendida à luz do movimento próprio dos objetos e fenômenos analisados, assumindo um caráter analítico e organizador, voltado à sistematização do conjunto e à clareza na apresentação dos resultados. Nesse sentido, a categorização está organizada na forma da Tabela 3, a seguir:

Tabela 3*Resultados expressos em categorias e eixos temáticos*

Eixo 1 – O lugar do CAPS no social

Qual a função do CAPS na sociedade atual?
 Qual o monólito da reforma?
 Ausência de pertencimento social fora do CAPS
 CAPS como suporte básico de vida
 CAPS e sua faceta manicomial (“protege” a sociedade dos usuários e os usuários da sociedade)
 Os usuários como propriedade do CAPS

Eixo 2 – Capsização

CAPS como lugar especializado e centralizado
 Tipificação do CAPS: tapa buraco social
 Ausência de outros lugares para serem “lugares de SM”
 Centralidade do CAPS e da política de SM
 A busca por “outras coisas” (escuta, conversa, convivência, acolhimento, cesta básica) na instituição de saúde mental
 Demanda por atendimento médico especializado (psiquiatra)
 Ausência de integralidade da rede
 CAPS como centralizador das demandas dos usuários envolvendo outras políticas

Eixo 3 – As terapêuticas do e no CAPS

Terapia em grupos e terapias individuais
 CAPS atende somente aos casos graves?
 Demandas por atendimentos individuais
 Ausência de PTS
 Críticas às terapêuticas grupais
 PTS como um protocolo

Eixo 4 – A “alta” do CAPS

Não há fala sobre alta no CAPS AD ou CAPS geral
As dificuldades e contradições de ter “alta” do CAPS
Nenhum usuário falou sobre não precisar mais do CAPS
Não politização do sofrimento
Não há angústia para sair do CAPS e sim “ter que” sair

Eixo 5 – O desamparo dos trabalhadores

Ausência de profissionais
Os pacientes reconhecem as dificuldades (despreparo) dos profissionais
Foco na ausência de algo e não o “como” é feito
Divisão das responsabilidades como “sobrevivência” da equipe
A equipe como refúgio entre os trabalhadores e não como estratégia de trabalho

3.2.1 O lugar do CAPS no social

Vários foram os sentidos atribuídos aos CAPS pelas pessoas participantes da pesquisa. Primeiramente, discorremos sobre o seu lugar no tecido social, na produção de vida das pessoas atravessadas e constituídas por eles. Um dos sentidos extraídos surgido no GF é o CAPS como “um lugar”. Não um lugar qualquer, mas um lugar colocado como espaço de acolhimento às pessoas consideradas loucas ou diferentes demais para conviver em meios sociais comuns. O CAPS como aquele local que oferta pertencimento aos considerados loucos e/ou com transtornos mentais. Contudo, ao mesmo tempo que o CAPS é “esse lugar” que aparenta abarcar as diferenças, ele também se coloca como o lugar da SM em oposição à sociedade, ou seja, a SM se torna objeto privado ao CAPS, somente este é capaz de acolher a loucura, quando o mesmo em sua raiz foi criado para fazer com que o considerado louco seja incluído no social ao mesmo tempo que o

modifica, sem manter o *status quo social*, mas modificá-lo, porque esse também participa da construção de seu sofrimento e adoecimento.

Conforme um dos relatos, o “CAPS pra mim é um acolhimento, mas ele também não é um acolhimento. Ele é uma porta que abre ali pra você caminhar até o seu diagnóstico ou até decidir o que será feito” (GF com usuárias do CAPS III). Muito embora os CAPS sejam equipamentos para operar fundamentalmente a desinstitucionalização, não estão imunes ao risco de se constituírem como “lugares de louco”, quando se organizam de forma central, pouco articulada ao território, produzindo novas formas de tutela e cronificação do sofrimento (Rotelli, 2001). Em uma perspectiva ética e política, os serviços substitutivos podem materializar a crítica à lógica manicomial quando conseguem exercer uma gestão da diferença. Ou seja, quando o CAPS ao invés de eliminar, ele evidencia as contradições presentes no conjunto de práticas, saberes e dispositivos institucionais por meio dos quais a sociedade administra aquilo que escapa à norma — comportamentos, modos de existir, sofrimentos e subjetividades que são percebidos como desviantes, incômodos ou ameaçadores à ordem social. Contudo, essa gestão que o CAPS pode exercer também está sujeito a responder ao *status quo*, fazendo com que o cuidado também possa se transformar em um mecanismo de controle deixando de produzir estratégias de emancipação e se tornar uma tecnologia de normalização da vida (Merhy, 2014).

Uma usuária define saúde mental a partir da ausência de doença, descrevendo a depressão como “uma vida em preto e branco”, enquanto outra afirma que o CAPS é “tudo de bom” e chega a nomeá-lo como “a minha casa” (GF com usuárias do CAPS III). Essas falas expressam uma relação ambígua com o serviço: ao mesmo tempo em que o CAPS é reconhecido como espaço de acolhimento, cuidado e produção de vínculos, ele também se torna lugar central na vida dos usuários. Mesmo quando o CAPS é compreendido como local de “tratamento”, esse tratamento é

descrito como única possibilidade de sociabilidade, destacando grupos, vínculos e a conversa como elementos centrais — “o que cura é a conversa” —, o que evidencia que a prática cotidiana do serviço tensiona, na experiência vivida, a própria concepção biomédica que muitas vezes sustenta o discurso. Contudo, por outro lado, centraliza o serviço e o distancia do seu lugar no social.

Ao mesmo tempo em que o CAPS produz cuidado, vínculo e uma espécie de sustentação subjetiva, ele pode se tornar o único lugar em que o sujeito encontrará esses objetos, tamponando assim, buracos sociais produzidos pelo modo de reprodução social capitalista. Por exemplo, segundo uma das participantes: “Vou no CAPS conversar” (GF com usuárias do CAPS III). Essa centralidade excessiva do serviço não decorre de uma falha individual dos usuários, mas da insuficiência de condições materiais e simbólicas de pertencimento social fora do campo da saúde, especialmente no que se refere ao acesso ao trabalho, à moradia, à cultura e à participação social. Assim, o risco não é o CAPS em si, mas a sua captura como resposta única ao sofrimento produzido por processos estruturais de exclusão. Vale ressaltar, como já apontado por Lima et al. (2017), o fato do CAPS III ser visto como única referência, receber uma alta demanda e contar com uma baixa significativa em recurso humanos, o sobrecarrega e interfere na qualidade do serviço. -

O serviço em sua estrutura e pressupostos tem como objetivo reformular o lugar da loucura na sociedade, mas acaba por ser impedido de exercer essa função, e acaba por ocupar um lugar restrito ao campo da saúde, como aponta a fala desse trabalhador: “Se a gente de fato entender o que é a reforma psiquiátrica e tudo, não é só para tratar pessoas, atender pessoas né?!” (GF com os trabalhadores CAPS III). “Eu acho que o CAPS tem que sair do CAPS” (GF usuários CAPS III). Ou seja, o CAPS assume os sintomas sociais, não saindo de dentro do CAPS e sim, resguardando esses sintomas dentro do CAPS. É importante destacar, como já resgatado na revisão

de literatura deste trabalho com o estudo de Husein (2016) que os profissionais têm sua prática alinhada à reforma brasileira. Mas como apontado no parágrafo anterior a sobrecarga do CAPS interfere na qualidade do serviço.

As falas também acabam contendo algo que pode ser tomado como crítica: que a Reforma Psiquiátrica não é apenas tarefa de um único serviço, como o CAPS, ou de um campo, o da saúde mental, álcool e outras drogas. A partir delas, podemos empreender uma crítica sobre a RAPS ter ficado “apenas” na saúde, dentro do SUS, ao invés de ser pensada como uma rede intersetorial, sendo formalizada como tal. Sabe-se que, concretamente, a práxis psicossocial vai além dos serviços, e da saúde, evocando articulações necessárias com outras políticas setoriais, como o SUAS. Isso quebra com narrativas que reproduzem máximas como “no papel é bonito, o problema é a prática...”, denotando como não há necessariamente uma dicotomia entre as políticas e a prática, mas como também por vezes a prática já é limitada pelo papel, pelo que está formalizado, já sendo algo que tenta aprimorá-lo, expandi-lo (Costa et al., 2017). Estas ponderações são relevantes até mesmo para refletir até onde vai o CAPS, suas contradições e limitações imanentes, até para que as críticas devidas sejam o mais contextualizadas possíveis, sem municiar intuídos deslegitimadores, mal-intencionados, que imputam aos CAPS e mesmo à RAPS a resolução de algo que está para além deles, envolvendo não só outras políticas e iniciativas, mas uma transformação radical da sociedade.

Além disso, a partir das falas das participantes, pode-se ponderar quanto à práxis psicossocial evocar um *ir além* dos próprios serviços. Seu caráter territorial-comunitário diz (ou deveria dizer) justamente do seu enraizamento no território, se tornando organicamente parte dele - e não só existindo nele -, das relações e dos indivíduos que fazem o território, são o território e se fazem território. Isso implica a identificação do próprio serviço, por si mesmo e pela

comunidade, como uma via de acesso a ela, em que a assistência seja construída com ela, não somente para ela, o que, por sua vez, envolve participação comunitária e quebras ou pelo menos rasura nas hierarquias institucionais, nas relações de poder entre profissionais e usuários, dentre outros processos. Contudo, o que tem aparecido nos CAPS, muito em face da ausência ou insuficiência de serviços, das condições precárias de trabalho, bem como da própria hegemonia biomédica e psiquiatrizante na saúde mental, a despeito das conquistas e avanços da Reforma, é o avanço cada vez maior e mais intensificado da ambulatorização do cuidado, que tem dirimido a capacidade de os CAPS se efetivarem seu caráter territorial-comunitário e, portanto, psicossocial.

As reflexões, junto das participantes, é sobre algo de suma relevância, e que expressa a magnitude da Reforma Psiquiátrica - ao fim e ao cabo, do SUS também -, do que ela pressupõe e necessita, e como as condições concretas para que ela seja efetivada, a partir dos exemplos dos CAPS, não estão postas, ofertadas. Essa realidade tem se recrudescido, aliás, com os ataques às políticas, ao SUS e à Reforma Psiquiátrica, que resultam em ainda mais precariedade, insuficiências etc., como o que é expresso com o avançar da Contrarreforma Psiquiátrica (Costa & Mendes, 2020)

A experiência de cuidado no CAPS, ao mesmo tempo em que produz vínculos e espaços de pertencimento, também apresenta a persistente ausência de pertencimento social dos usuários para além dos muros institucionais. Fora do CAPS, os sujeitos seguem atravessados por processos de estigmatização e fragilização das redes sociais, que limitam sua circulação nos territórios e sua inserção em espaços comunitários, de trabalho, de sociabilidade e outros equipamentos de saúde. O CAPS passa a ocupar um lugar duplo: um dispositivo fundamental de cuidado em liberdade, mas que, diante da insuficiência de políticas intersetoriais efetivas, pode se tornar o principal — e

por vezes único — espaço de pertencimento possível, concentrando demandas que extrapolam o campo da saúde mental.

Essa ausência de pertencimento social revela contradições estruturais da Reforma Psiquiátrica em contextos marcados por desigualdades sociais e retração das políticas públicas. Encontra-se de modo central também na revisão da literatura, o caráter coletivo das relações entre os atores do serviço, incentivando a criação e a manutenção de espaços de convivência, como aponta Albuquerque, (2020). Contudo, embora a atenção psicossocial aposte na territorialidade e no cuidado comunitário, o cotidiano mostra que o território nem sempre se apresenta como espaço acolhedor, sendo frequentemente produtor de exclusões e barreiras materiais. Assim, o sofrimento não pode ser compreendido de forma dissociada da questão social, uma vez que a fragilidade dos laços sociais fora do CAPS pode intensificar processos de cronificação do cuidado e reinscrever os usuários em circuitos restritos de pertencimento.

Ainda que o cuidado em liberdade proponha a circulação dos sujeitos no território e a reconstrução e construção de laços sociais, a realidade vivenciada por muitos usuários é marcada pela fragilidade ou inexistência de vínculos sociais, laborais e comunitários. Nessa condição, o CAPS passa a ocupar um lugar central de referência simbólica e material, não apenas como serviço de saúde, mas como espaço de reconhecimento, proteção e sociabilidade. Robert Castel contribui de forma decisiva para a compreensão desse cenário ao analisar os processos de desfiliação social, nos quais a perda ou a ausência de inserção no trabalho e o enfraquecimento das redes de sociabilidade produzem zonas de vulnerabilidade e exclusão. Muitos usuários dos CAPS situam-se justamente nessas zonas, afastados do mercado de trabalho e com vínculos sociais precários, o que limita suas possibilidades de reconhecimento social fora do serviço de saúde. Nessa perspectiva, o sofrimento se articula diretamente à questão social, e a ausência de pertencimento

não pode ser lida como efeito exclusivo da condição clínica, mas como resultado de processos históricos de precarização da vida e de negação de direitos (Castel, 1998).

Silvio Yasui, ao analisar o cotidiano dos CAPS, evidencia que esses serviços frequentemente se tornam o principal — e por vezes único — espaço de pertencimento dos usuários. Uma usuária fala no GF: “O CAPS te olha” (GF usuários CAPS III). Essa percepção subjetiva revela essa centralidade que a mesma atribui ao CAPS e também a capacidade do CAPS enquanto dispositivo de cuidado e acolhimento bem como seus limites da rede territorial e intersetorial, que não consegue sustentar a inclusão social para além do campo da saúde. Para Yasui (2010), quando o CAPS assume isoladamente a função de produzir pertencimento, corre-se o risco de uma institucionalização sutil, na qual o serviço, ainda que aberto, concentra as experiências de sociabilidade e restringe a circulação dos sujeitos no território.

Antonio Lancetti propõe uma crítica a essa dinâmica de centralidade do CAPS ao defender a clínica peripatética e a radicalização do trabalho no território como estratégia para enfrentar a ausência de pertencimento social, expressa na fala: “É tipo como se aqui eles te ouvem e lá fora, fica em silêncio” (GF usuários CAPS III). Para o autor, é no deslocamento para fora das instituições, na ocupação da cidade e na invenção de novas formas de presença nos espaços públicos que se torna possível produzir laços sociais mais amplos e menos tutelados. Lancetti (2014) aponta que, sem essa aposta radical no território, o CAPS corre o risco de funcionar apenas como dispositivo de proteção em meio a um tecido social excludente, reproduzindo, ainda que de forma reinventada, os limites da institucionalização que a Reforma Psiquiátrica se propôs a superar. Diante desses apontamentos, uma pergunta que percorreu todo o processo de analisar as falas, foi “Qual a função do CAPS na sociedade atual?”.

O lugar que o CAPS ocupa no imaginário social e na vida concreta dos seus usuários oscila entre a percepção do serviço como um refúgio essencial à sobrevivência e a sua constituição como um espaço que, paradoxalmente, pode reeditar lógicas de tutela e segregação. As falas dos usuários do CAPS AD III posicionam o serviço como um ponto de contradição existencial. “Acabou a minha vida. Acabou. E hoje quem está me ajudando é o Caps” (GF usuários CAPS AD III), o que *encapsula* a percepção do dispositivo como uma última fronteira de cuidado, um suporte vital quando todos os outros laços sociais e institucionais se romperam. Essa visão é corroborada pela ideia do CAPS como “uma renova... uma renovação” (GF usuários CAPS AD III), indicando que o serviço transcende a mera oferta de procedimentos técnicos para se tornar um espaço de reconstrução subjetiva. A práxis, neste sentido, se manifesta em sua dimensão mais radical: a de garantir as condições mínimas para a existência, para que, a partir daí, um projeto de vida possa ser minimamente pensado. Será que é preciso destituir todo esse investimento do CAPS como um *salvador*, para só assim, o equipamento poder assumir sua função radical, de desinstitucionalização?!

Essa função de “suporte básico de vida” evidencia, por um lado, a potência do cuidado psicossocial em acolher o sofrimento em sua forma mais extrema, considerando a realidade brasileira permeada por desigualdades sociais. Por outro, expõe a fragilidade de uma rede de proteção social mais ampla. O CAPS é convocado a responder por demandas que, em uma sociedade com justiça social e inclusiva, seriam absorvidas por políticas de moradia, trabalho, renda e cultura. A fala de um usuário, que define saúde mental como “procurar meios, força, de pegar o dinheiro e não ir atrás da droga” (GF usuários CAPS AD III), ilustra como a práxis em saúde mental se entrelaça, no cotidiano, com a gestão da vida material e a luta pela sobrevivência. O serviço se torna, assim, o “monolito da reforma”, uma estrutura maciça e central que concentra

em si a possibilidade de transformação, mas que, por sua própria solidez e centralidade, pode acabar por imobilizar o sujeito em seu entorno, em torno do CAPS.

A função social do CAPS se revela ainda mais complexa quando analisada sob a ótica da mediação que o serviço estabelece entre o usuário e a sociedade. As narrativas “O CAPS é uma porta aberta para quem está no submundo da droga” (GF usuários CAPS AD III) e “Se não fosse o CAPS, eu me consideraria como criminoso na sociedade” (GF usuários CAPS AD III) expressam como o CAPS pode operar como um anteparo, um dispositivo que protege o usuário da criminalização e do estigma social. Ao oferecer um tratamento que “tira dessa escuridão, de estar usando escondido do povo” (GF usuários CAPS AD III), o serviço confere um estatuto de legitimidade ao sofrimento, deslocando-o do campo da ilegalidade do uso de substância para o campo da saúde. Nesse movimento, o CAPS constitui uma forma de cidadania possível, ainda que restrita aos seus muros.

Contudo, é precisamente nesta função protetiva que reside uma de suas mais perigosas armadilhas: a “faceta manicomial”. A ideia de que o CAPS “protege a sociedade dos usuários e os usuários da sociedade” ecoa a lógica de segregação que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial buscou e busca combater. Embora a intenção seja a proteção, o efeito pode ser o da criação de um espaço tutelado, um lugar onde a “loucura” ou o uso de drogas são contidos e gerenciados, sem que a sociedade seja fundamentalmente interpelada a transformar sua relação com a diferença. O pertencimento social, que deveria ser construído no território ampliado, acaba por se restringir ao próprio serviço.

Essa dinâmica pode levar a uma consequência ainda mais grave, expressa na categoria “os usuários como propriedade do CAPS”. O sujeito, que no projeto reformista deveria ganhar autonomia e circular pela cidade, torna-se um “usuário do CAPS”, uma identidade que o fixa ao

serviço. A fala “Eu sou alcoólico crônico” (GF usuários CAPS AD III) dita no espaço do grupo focal, por exemplo, pode ser lida não apenas como uma autoidentificação, mas como a internalização de um diagnóstico que o vincula permanentemente à instituição de tratamento. O cuidado, que deveria ser um meio para a emancipação, corre o risco de se tornar um fim em si mesmo, e o CAPS, de um serviço de passagem, transitório, se transforma em um destino, correndo o risco de ocorrer uma neoinstitucionalização (Corrêa & Lima, 2024), no qual os serviços substitutivos, a despeito de suas boas intenções, acabam por reproduzir, de forma sutil, a lógica de cronificação e tutela do antigo manicômio.

O CAPS pode ser, ao mesmo tempo, o lugar da transformação e o suporte para lidar de outra forma com o sofrimento e as consequências da e pela exclusão social. É o dispositivo que possibilita a reabilitação psicossocial e visibiliza o sujeito, de forma a oferecer uma alternativa à criminalização. No entanto, ao exercer essa função de mediação e proteção de forma tão centralizadora, ele corre o risco de ser também um espaço de contenção, de promover uma cidadania tutelada e de transformar seus usuários em “propriedade” do serviço. A práxis em saúde mental, portanto, se vê constantemente desafiada a negociar essa tensão: como ser um suporte fundamental sem se tornar uma âncora? Como proteger sem isolar? Como promover a cidadania dentro do serviço sem deixar de lutar para que ela se efetive, plenamente, na cidade?

3.2.2 Capsização

A lógica manicomial vai além da estrutura do manicômio, mas é nele - o manicômio - que essa lógica se realiza em sua potencialidade e essa instituição por si só é produtora de violência, pois ela não está aberta à modificações em prol do sujeito, sendo a lógica da institucionalidade violenta em sua estrutura. Segundo Basaglia (2010) uma instituição asilar está baseada no

princípio da autoridade e precisa optar entre a liberdade do doente e conseqüentemente sua oposição às forças instituídas, ou, o bom andamento do asilo. O manicômio escolhe o seu bom andamento. Contudo, atualmente, estamos presenciando uma reatualização da institucionalização, quando os próprios equipamentos criados e construídos para desconstruir esse processo, vem sendo produtores também de institucionalização.

A discussão em torno do fenômeno da “capsização” emerge como um ponto sensível na análise da práxis dos Centros de Atenção Psicossocial no Distrito Federal, e que aponta uma tensão fundamental entre o projeto ético-político da Reforma Psiquiátrica e a sua materialização no cotidiano dos serviços. Os resultados extraídos das falas de usuários e trabalhadores, apontam para um crescimento excessivo do CAPS como dispositivo centralizador do cuidado, um processo que, paradoxalmente, o afasta de ocupar seu sentido territorial e comunitário. Este eixo de análise aprofunda as categorias que evidenciam a centralidade do CAPS, a fragilidade da rede, a sua tipificação como “tapa-buraco” social e as repercussões deste processo para a práxis em saúde mental.

Os achados da pesquisa, como a “ausência de integralidade da rede” e o “CAPS como centralizador das demandas dos usuários envolvendo outras políticas”, dialogam diretamente com uma vasta literatura que aponta para a fragmentação como um dos principais entraves à consolidação do modelo de atenção psicossocial (Sampaio & Bispo Júnior, 2021). A Reforma Psiquiátrica Brasileira, em sua concepção, apostou na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) robusta e capilarizada, na qual o CAPS atuaria, sobretudo, como um articulador estratégico, mas não exclusivo, do cuidado. Contudo, a realidade observada nos serviços investigados sugere um movimento inverso: a rede se retrai e o CAPS se expande, absorvendo funções que deveriam ser compartilhadas com a atenção primária à saúde, políticas de

assistência social, bem como outras políticas públicas, como de moradia e trabalho, e também com a própria comunidade.

Este fenômeno, nomeado por Amarante (2003) como “capsização”, descreve a tendência de o CAPS se tornar a porta quase única de entrada e o principal, senão único, ponto de referência para o cuidado em saúde mental. Sampaio e Bispo Júnior (2021), em um estudo sobre a RAPS na Bahia, corroboram essa análise ao evidenciarem que “a articulação entre os serviços evidenciou a conformação de uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com a atenção primária e a rede de emergência” (p. 10). A ausência de fluxos instituídos e a conseqüente fragilidade na coordenação do cuidado, apontadas pelos autores, refletem diretamente as dificuldades narradas pelos participantes desta pesquisa, que veem no CAPS a única resposta possível para um leque de demandas que extrapolam o campo da saúde mental.

A centralização das demandas no CAPS, portanto, não é apenas um problema de gestão de fluxo, mas um sintoma da fragilidade estrutural da RAPS. Quando os usuários buscam o serviço para obter desde uma cesta básica até uma escuta qualificada, como revelado na categoria “a busca por ‘outras coisas’”, evidencia-se a falência de uma rede intersetorial que deveria garantir a cidadania em sua plenitude. O CAPS, nesse contexto, é impelido a operar em uma lógica de “tapaburaco social”, tamponando ausências de outras políticas públicas e se distanciando de sua práxis específica: a de promover a reabilitação psicossocial e a reinserção do sujeito no território.

A contradição entre o projeto original dos CAPS e sua operação atual é um dos pontos mais tensionais que os resultados revelam. Inspirados em experiências pioneiras como a de Santos, com seus Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os CAPS foram concebidos como serviços abertos, flexíveis e com forte articulação comunitária, marcados por uma dimensão inventiva e política

(Soares & Yasui, 2021). Eram espaços para a construção de novas formas de sociabilidade, para a desconstrução do estigma do considerado “louco” e para a afirmação da vida deste no território. No entanto, as categorias “CAPS como lugar especializado e centralizado” e a “centralidade do CAPS e da política de SM” indicam um processo de enrijecimento e burocratização. Contudo, uma reflexão levantada é se o modelo como o CAPS foi pensado não está sendo alcançado por talvez não se tratar de uma dificuldade de aplicabilidade do mesmo, mas a própria dificuldade ser uma expressão que é preciso repensá-lo conforme a própria realidade viva. Será que este modelo cabe na realidade atual? Ou é preciso recriar conforme a própria realidade brasileira?

A transição de uma prática militante para uma política pública institucionalizada, embora tenha garantido a expansão do acesso, trouxe consigo o risco da homogeneização das práticas e da perda da dimensão crítica. A práxis, no sentido marxista que fundamenta esta dissertação, é uma ação histórica e socialmente situada, que transforma a realidade ao mesmo tempo em que é determinada por ela (Marx & Engels, 2007). Quando o CAPS se burocratiza e se fecha em uma lógica especializada, ele perde parte de sua potência de práxis transformadora. Ele deixa de ser um agente provocador no território para se tornar um prestador de serviços especializados, reeditando, em certa medida, a lógica ambulatorial que a Reforma Psiquiátrica tanto criticou.

A demanda por atendimento médico especializado, especificamente pelo psiquiatra, como apontado nos resultados, é um sintoma dessa contradição. Em vez de ser um espaço de cuidado multiprofissional e de construção de projetos de vida, o CAPS é frequentemente reduzido, no imaginário social e na prática cotidiana, a um local de consulta psiquiátrica e dispensação de medicamentos. Isso não apenas desvaloriza os demais saberes e práticas da equipe, mas também reforça um modelo biomédico que a atenção psicossocial busca superar. A práxis, que deveria ser dialética e articuladora de teoria e prática, corre o risco de se tornar uma poiésis, uma produção

técnica e repetitiva de atos de saúde desvinculados de um projeto de transformação social (Barros, 2012).

A capsização reverbera diretamente no cotidiano dos trabalhadores, produzindo sofrimento e alienação. A categoria “desamparo dos trabalhadores”, que será mais bem explorada no Eixo 5, já se aponta aqui como consequência direta da sobrecarga e da contradição impostas pela centralização do cuidado. Como aponta Lira (2021), ao assumir o papel de porta quase única, o trabalhador do CAPS se vê compelido a atuar segundo uma lógica centrada no serviço, e não no território, o que gera um profundo sofrimento ético-político.

Carniato e Lucca (2024), em estudo recente com gestores de CAPS, identificaram que o excesso de demandas, a sobrecarga de trabalho e a falta de apoio são fatores de risco psicossociais que levam ao adoecimento dos profissionais. A alienação, nesse contexto, manifesta-se na cisão entre o projeto ético-político da Reforma Psiquiátrica e a realidade de um serviço precarizado e sobrecarregado, que o impede de realizar a práxis em sua plenitude. O trabalhador, que deveria ser um agente de transformação, vê-se reduzido a um gestor de crises e a um dispensador de procedimentos, em um processo que mina sua potência criativa e seu engajamento político.

A centralização do cuidado, fruto da fragilidade da RAPS, desvirtua o projeto original dos CAPS, transformando-os em serviços especializados. Esse processo limita a potência da práxis em saúde mental, reduzindo-a a um fazer técnico, e pode produzir sofrimento e alienação aos trabalhadores, que se veem impossibilitados de concretizar o cuidado em liberdade e no território ou mesmo não estão em condições de eleger isso como objetivo.

No contexto do DF, as ponderações quanto à capsização não podem ser desvinculadas do fato de que o DF tem a segunda pior cobertura de CAPS habilitados de todas as 27 unidades federativas do país (Ministério da Saúde, 2025), como já fora informado. Mesmo se

contabilizarmos os 18 CAPS, sendo quatro deles não habilitados, este número ainda é muito aquém da população abarcada e das necessidades assistenciais. De acordo com dados do próprio Governo do Distrito Federal (2022a), apresentados na Tabela 1, apenas um destes CAPS possui uma cobertura populacional de acordo com os parâmetros estipulados pelo Ministério da Saúde. Existem CAPS com cobertura de cerca de 1 milhão de pessoas. Posteriormente, avançaremos nas limitações de equipe, mas já adiantamos também que as insuficiências não são “apenas” de serviços, mas de profissionais e de condições de trabalho e assistência.

Neste cenário, se a centralização nos CAPS se torna ainda mais problemática, já que não há tais serviços em quantidade minimamente adequadas, por outro lado, há uma tendência *per se* de que os CAPS se tornem ambulatorios, até mesmo como uma forma de as equipes lidarem com as demandas, nem que seja descaracterizando a si mesmo como instituições territoriais de base comunitárias e o cuidado psicossocial, ao tomarem a assistência como sinônimo de consultas, dispensação de receitas etc. Como mencionado, o custo disso é o próprio cuidado psicossocial e, em extensão, os próprios CAPS, que acabam deixando ser aquilo que supõem ser, ou são enfraquecidos em suas propostas e sentidos. Com isso, negritamos que o processo de capsização não é responsabilidade dos CAPS aqui abarcados, de suas equipes, mas resultante de uma dinâmica complexa, que se expressa nacionalmente, mas que no DF adquire contornos ainda mais dramáticos em face da precariedade da RAPS distrital.

3.2.3 As terapêuticas do e no CAPS

Segundo documentos disponibilizados pelas gerentes dos dois serviços pesquisados, até o fim dessa dissertação, o dimensionamento estava da seguinte forma: o CAPS AD III possui cento e cinquenta e oito horas de carga horária negativa de farmacêutico e assistente social, oitenta horas

negativas de técnico administrativo, duzentos e setenta e quatro horas a menos de equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e duzentos e oitenta horas a menos de médico psiquiatra. Já o CAPS III geral possui um déficit de cento e oito horas a menos de psicólogo, cem horas a menos de assistente social e cem horas a menos de terapeuta ocupacional. De psiquiatria, são cento e trinta e duas horas a menos, menos cento e vinte e seis horas de equipe de enfermagem, cento e setenta e quatro horas a menos de técnico administrativo e menos quarenta horas de condutor de veículo. A única especialidade sem déficit de horas no CAPS III é a farmácia, porém, possui menos de sessenta horas de auxiliar operacional de serviços em farmácia.

Essa realidade coaduna com a de outros CAPS do DF, em decorrência da falta de profissionais. De acordo com estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2025), o DF ocupava a 20ª posição entre as 27 unidades federativas referente ao número de psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos em CAPS. Ao todo, eram apenas 290 profissionais nestes serviços. Esse é um reflexo de anos de precarização, de desmonte das políticas de saúde, e especificamente de saúde mental, que se intensificaram durante os anos de governo de Ibaneis Rocha (MDB), de 2018 a 2026. Para algumas destas categorias – como é o caso da psicologia –, que são caracterizadas como especialistas pelo GDF, já são mais de 10 anos sem concurso público, com o número de profissionais diminuindo ano após ano, mesmo com a adoção de contratos temporários e com o avanço da terceirização como medidas que intensificam ainda mais o ataque ao SUS. O projeto de precarização para privatização do SUS no DF se expressa numa RAPS precarizada, não só com poucos serviços, mas também com poucos profissionais – e com vínculos cada vez mais precários.

Em relação à distribuição de carga horária e a organização dos serviços quanto aos grupos e atendimentos, o CAPS AD III oferta quinze grupos, dentre eles: grupo específico para mulheres,

grupo de psicoterapia, grupos de convivência, grupo de família, grupo de cidadania, oficina de arte, oficina de criatividade, ecoterapia, cine caps, grupo de saúde integrativa, grupo de beleza, grupo de música, grupo como espaço aberto, oficina de pintura e atividades ao ar livre pela cidade, chamado de intervenção urbana. Esse mesmo CAPS AD oferta Acolhimento em nove turnos durante a semana, com exceção de um turno para reunião de equipe e aos finais de semana, uma profissional para atendimento de Acolhimento no sábado, aos domingos sem profissional designado para atendimento de Acolhimento. O Acolhimento integral funciona 24 horas, sem atividades específicas, mas os pacientes acolhidos nessa modalidade usufruem das atividades vigentes no CAPS AD durante a semana. Além da disposição de profissionais para grupos e Acolhimento, há outras atividades laborais como, agenda aberta, atendimento no Acolhimento Integral, atividade de matriciamento, atendimento individual e eixo (esse se trata de horas preservadas para preceptores e residentes).

Não foi disponibilizado o dimensionamento do CAPS III. Contudo, a partir da observação-participante, constatamos a existência de um grupo de mulheres de frequência semanal, que mantém uma alta quantidade de participantes e que é gerenciado apenas por uma servidora em razão da alta demanda do serviço e pouco recursos humanos disponíveis para cobertura das atividades. Nesse CAPS não é realizada assembleia há alguns meses e não há grupos de família, ambas ausências em razão do baixo quantitativo de servidores. Foi observado que há dois médicos-psiquiatras, três psicólogos e não há profissionais como terapeuta ocupacional e assistente social, apenas servidores-profissionais da área que fazem horas de TPD (trabalho por tempo definido). TPD é uma espécie de “horas complementares” que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal definiu por meio da Portaria nº 337, de 08 de setembro de 2023 em que servidores de um equipamento da saúde fazem “hora complementar” em outro equipamento. No CAPS geral, esse

formato acarreta em atendimentos de perspectiva ambulatorial, sem que esses servidores consigam participar do cotidiano do serviço, de reuniões de equipe e supervisão.

No GF no CAPS III apareceu de forma repetida a queixa da ausência de atendimento individual – algo que não apareceu no GF do CAPS AD, como expressa na fala: “O que eu sinto é falta de um acompanhamento individual. Pra eles só o grupo resolve. Mas nem tudo se define ali no grupo. Tem certas coisas que eu não tenho coragem de falar lá no grupo”. (GF Usuários CAPS III). Considerando o avanço dos processos de ambulatorização, indagamos se a queixa se refere não à ausência de consultas ou demais procedimentos pontuais que conformam o atendimento ambulatorial, mas as insuficiências e ausência de materialização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em que uma das faltas pode ser justamente de um acompanhamento mais próximo, de escuta e acolhimento singularizados, para além das possibilidades grupais.

A organização do processo de trabalho no CAPS AD III expressa uma diversidade de dispositivos — que vão desde grupos terapêuticos e específicos, como o grupo de mulheres e a psicoterapia, até oficinas de arte, atividades no território, ecoterapia e espaços de convivência — revela a centralidade das tecnologias leves na produção do cuidado, conforme discutido por Merhy (2014). Contudo, a existência de diversidades de grupos não é garantia do sentido que se pode extrair deles, uma vez que é preciso que a práxis seja fundamentada em um arcabouço teórico, técnico e ético. Por sua vez, a existência dos grupos pode deslocar a centralidade do tratamento focado no sintoma para a construção de vínculos em um espaço não convencional de atendimento, uma vez que no grupo a convivência com os profissionais pode acontecer de forma a diluir a distância entre profissional e usuário.

O Acolhimento, como dispositivo operador da porta de entrada do serviço, comparece como estruturante do trabalho no CAPS AD III. O Acolhimento, conforme a Reforma Psiquiátrica,

precisa operar não apenas como porta de entrada, mas como princípio ético-político que atravessa o funcionamento do CAPS. O Acolhimento tem sido compreendido como ferramenta central da atenção psicossocial, operando como tecnologia leve e analisador do processo de trabalho (Merhy, 2014; Onocko-Campos, 2006). Ele precisa ir além de uma ferramenta de triagem ou à porta de entrada, mas implica responsabilização contínua, produção de vínculo e sustentação do cuidado, o que abarca as contradições presentes na relação trabalhador-serviço-usuário e precisa ser uma postura contínua dos trabalhadores diante do usuário durante a trajetória deste no serviço. O fato de o acolhimento integral não dispor de atividades específicas, ainda que os usuários tenham acesso às ações vigentes no serviço durante a semana, evidencia uma contradição recorrente entre o desenho normativo e as condições concretas de trabalho, revelando os limites materiais e institucionais que atravessam a práxis cotidiana.

A análise da carga de trabalho da equipe demonstra a sobreposição de múltiplas demandas — grupos, atendimentos individuais, agenda aberta, matriciamento, acolhimento integral e atividades de formação — que recaem sobre os profissionais. Essa configuração pode ser compreendida à luz da categoria de trabalho em saúde como trabalho vivo em ato (Merhy, 2014), marcado pela imprevisibilidade, pela exigência constante de decisões éticas e pela produção de cuidado em contextos de escassez. Porém, a sobrecarga tende a produzir tensionamentos que impactam a capacidade de sustentação do projeto terapêutico institucional, especialmente nos períodos de menor cobertura profissional.

Dessa forma, o funcionamento do CAPS AD III materializa as contradições próprias da política de saúde mental em contexto de subfinanciamento e precarização do trabalho: ao mesmo tempo em que amplia dispositivos e aposta na territorialidade, enfrenta limites objetivos que incidem sobre a continuidade, a integralidade e a qualidade das práticas. Essas contradições não

anulam a capacidade do serviço, mas evidenciam que a consolidação da Reforma Psiquiátrica não se dá apenas no plano normativo ou discursivo, exigindo condições concretas de trabalho que sustentem, no cotidiano, a produção de cuidado. “Os serviços podem produzir vida ou produzir aprisionamentos, a depender do modo como organizam seus processos de trabalho.” (Merhy, 2014, p. 67)

É no fazer cotidiano, nas escolhas clínicas e na organização dos processos de trabalho que os princípios da Reforma Psiquiátrica são postos à prova, revelando tanto sua potência transformadora quanto suas contradições e limites. A tensão entre “terapias em grupos e terapias individuais”, a ausência ou a tecnicização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), e as críticas às terapêuticas grupais, busca articular os achados com a literatura e com as especificidades da práxis em um CAPS III (geral) e em um CAPS AD (Álcool e outras Drogas).

Outro ponto de tensão e fundamental, é o conceito de “terapêutico” e as contradições quando esse conceito pode se tratar apenas de tratar doenças ou transtornos, quando na verdade o CAPS vai para além da lógica dual saúde-doença e que as terapêuticas não se dão de forma homogênea nos diferentes tipos de CAPS, bem como, não são elas finalidades dos serviços, mas meios pelos os quais os serviços podem alcançar outros fins.

Em sua acepção mais tradicional, herdada do modelo biomédico, o ato terapêutico é definido pela sua finalidade de tratar, curar ou manejar uma doença ou transtorno específico. Nessa perspectiva, a terapêutica se constitui como um conjunto de intervenções técnicas – farmacológicas, psicoterápicas, entre outras – aplicadas sobre um objeto (a patologia) com o objetivo de eliminar ou reduzir seus sintomas, restaurando o sujeito a um estado anterior de normalidade. Essa lógica, que opera sob o dualismo saúde-doença, compreende o terapêutico como

um processo de reparação, no qual o profissional de saúde detém o saber-poder para diagnosticar e prescrever o tratamento adequado para uma condição patológica claramente delimitada.

Em contraposição a essa visão restrita, a Reforma Psiquiátrica e o campo da Atenção Psicossocial propõem uma radical ampliação do que se entende por terapêutico. Inspirada em conceitos como o de “clínica ampliada”, essa perspectiva desloca o foco da doença para o sujeito em sofrimento e sua existência concreta (Campos, 1996/1997). O terapêutico, aqui, não se resume a intervir sobre o transtorno, mas a acolher a pessoa em sua complexidade, considerando suas dimensões subjetivas, sociais, econômicas e culturais. Trata-se de um trabalho que não visa apenas à supressão de sintomas, mas à construção de um projeto de vida singular, no qual o sujeito possa encontrar novas formas de lidar com seu sofrimento e de se reinserir no tecido social. O objeto da intervenção, portanto, deixa de ser a doença e passa a ser a própria vida do sujeito e suas possibilidades de expansão.

Nesse horizonte, o conceito de terapêutico se articula diretamente com a ideia de “produção de vida”. Autores como Suely Rolnik (2016) e Antonio Lancetti (2014) nos ajudam a pensar que o cuidado em saúde mental, mais do que tratar uma patologia, deve visar a capacidade do sujeito de criar novas normas para sua própria vida, de inventar novos modos de existência e sociabilidade, em uma dialética que irá exercer também transformação social, uma vez que o indivíduo compõe o social. O terapêutico, nesse sentido, é tudo aquilo que aumenta a potência de agir do sujeito, que o ajuda a construir novos laços sociais, a se expressar, a gerar renda, a circular pela cidade, a ter contratualidade e a se sentir pertencente a uma comunidade. Uma oficina de artes, um grupo de geração de renda, uma assembleia de usuários ou um simples café compartilhado podem ter, nessa perspectiva, um valor terapêutico imensamente superior ao de um encontro puramente consultivo,

como nas consultas individuais, pois são práticas que podem, ou ao menos deveriam, produzir vida, sociabilidade e sentido.

A práxis nos CAPS pode se desenrolar em meio a uma contradição fundamental: embora sejam serviços de saúde, sua potência terapêutica reside justamente em sua capacidade de ir para além da lógica dual saúde-doença. O desafio cotidiano dos trabalhadores é o de não se deixar capturar por uma demanda que frequentemente reduz o cuidado à medicalização e ao tratamento do transtorno mental em si, com o foco em reduzir e controlar sintomas, o que também não se exclui, pois também causam sofrimento, mas ir além dessa demanda e sustentar uma práxis que seja, ao mesmo tempo, produtora de saúde e produtora de vida. O ato terapêutico, no contexto da atenção psicossocial, é aquele que aposta na capacidade do sujeito de se reinventar e que trabalha para construir, junto com ele, as condições materiais e subjetivas para que essa reinvenção seja possível, não apesar do sofrimento, mas também a partir dele.

Embora ambos os serviços compartilhem o horizonte ético-político da atenção psicossocial, as especificidades de seus públicos e de seus objetos de trabalho impõem modulações distintas ao cuidado. O CAPS III, voltado para o atendimento de pessoas consideradas com transtornos mentais graves e persistentes, deveria lidar com a complexidade da desinstitucionalização, da reconstrução de laços sociais e da gestão do sofrimento em sua longa duração e cronicidade. “É um papel de desconstrução. Então, a desconstrução é nossa e também de quem vem de fora” (GF com trabalhadores do CAPS III), essa fala expressa a dimensão cultural e política da práxis, que visa a desconstruir não apenas o sintoma, mas toda uma cultura manicomial.

Já o CAPS AD, apresenta certas especificidades ao atender pessoas que apresentam sofrimento associado e/ou decorrente do uso de álcool e outras drogas. Ali no CAPS AD III opera

um campo atravessado por outras lógicas: a da criminalização, a da moralidade e a da guerra às drogas, também da desinstitucionalização. A práxis, deveria se constituir em oposição a um modelo proibicionista e punitivo. “A gente não tem nenhum conceito moralista, religioso do morador de rua ou do usuário de droga, e a gente não trabalha com essa imposição americana de guerra às drogas, mas a gente trabalha com o conceito de redução de danos” (GF com trabalhadores do CAPS AD III). Neste serviço aparece a lógica da Redução de Danos como condutor da práxis, entendendo a RD não apenas como uma técnica, mas uma diretriz ético-política que reorienta o cuidado, deslocando o foco da abstinência como meta única e inegociável para a construção de estratégias de cuidado que respeitem a autonomia e a singularidade do sujeito (Reis et al., 2022).

Essa distinção é crucial para entender as tensões que emergem nos resultados. A demanda por internação, aparece com frequência no CAPS AD, -“quando a gente pergunta para os pacientes o que resolve, eles vão pedir internação” - (GF com trabalhadores do CAPS AD III), o que expressa a força de um imaginário social que associa o tratamento à segregação, um imaginário que a práxis da RD busca desconstruir. A afirmação de que “o paciente não está internado aqui. Ele está acolhido aqui. As portas estão abertas” (GF com trabalhadores do CAPS AD III) marca essa diferença fundamental: o acolhimento em um CAPS AD, mesmo em regime integral, não se confunde com a internação compulsória ou com a lógica de isolamento das comunidades terapêuticas, criticadas por um dos profissionais no GF. A práxis, no CAPS AD, é um exercício constante de afirmação da liberdade e da contratualidade, mesmo em face da vulnerabilidade extrema, como questiona um trabalhador médico: “como é que eu medico vulnerabilidade?” (GF com trabalhadores do CAPS AD III).

Um conceito importante que não surgiu em ambos os grupos focais com os profissionais dos dois serviços, foi o conceito de contratualidade. Cunhado por autores como Benedetto

Saraceno (1999), o termo se refere à capacidade e ao direito que todo sujeito possui de estabelecer trocas, acordos e negociações nos diferentes âmbitos da vida social. Trata-se do poder de ser um interlocutor válido, de ter sua palavra reconhecida e de participar ativamente das decisões que afetam sua própria existência. No contexto da saúde mental, a perda da contratualidade é um dos efeitos mais devastadores do processo de institucionalização. O sujeito diagnosticado e considerado portador de um transtorno mental grave, especialmente aquele submetido a longas internações, é historicamente despojado de seu poder contratual: outros decidem por ele, falam em seu nome e gerem sua vida, infantilizando-o e reduzindo-o a um objeto de cuidado, e não a um sujeito de direitos.

A reconstrução da contratualidade significa, em primeiro lugar, transformar a própria relação entre usuário-profissional-serviço, que deixa de ser uma relação hierárquica e tutelar para se tornar uma relação de parceria e negociação. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é, por excelência, o dispositivo que materializa essa nova lógica contratual, na medida em que pressupõe a construção conjunta de metas e estratégias entre o usuário e a equipe. Para além do serviço, a luta pela contratualidade se estende a todos os campos da vida: o direito à moradia (ter um contrato de aluguel ou a aquisição de um imóvel), ao trabalho (ter um contrato de trabalho), ao lazer (poder comprar um ingresso de cinema, por exemplo) e às trocas afetivas e sociais. O objetivo último da reabilitação psicossocial, nesse sentido, não é a “cura” em um sentido de remissão sintomática apenas, mas a restituição do poder contratual do sujeito, para que ele possa negociar seu lugar no mundo e construir uma vida que lhe faça sentido (Kinoshita, 2001).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) surge, na política de saúde mental, como a principal ferramenta para a articulação do cuidado e para a garantia da singularidade do sujeito no processo terapêutico (Pinto et al., 2011). Ele deveria ser um contraponto e avanço frente à padronização e à

massificação do cuidado, um espaço de construção coletiva entre equipe, usuário, família e comunidade. No entanto, os resultados da pesquisa apontam para uma realidade preocupante: a “ausência de PTS” ou sua transformação em um mero “protocolo”.

Quando um profissional do CAPS III afirma que, para que o produto seja a saúde mental, “a gente tenta aparar todas essas arestas para que no... para que o produto seja a saúde mental” (GF com os trabalhadores do CAPS III), ele se refere, idealmente, ao trabalho artesanal que o PTS deveria representar. No entanto, a realidade parece se impor de outra forma. A fala de outro profissional, “muitas vezes o tratamento acaba se reduzindo a medicação aqui” (GF com trabalhadores do CAPS III), mostra o abismo entre o ideal e o real. A ausência de um PTS efetivo leva à fragmentação do cuidado, que se reduz a intervenções pontuais e desarticuladas, como a prescrição de medicamentos, o atendimento a demandas emergenciais (como a cesta básica) ou a participação em grupos genéricos. Por outro lado, a própria ausência ou o enfraquecimento do PTS já diz do avanço da ambulatorização, que anda de mãos dadas – como a fala acima denota – com a medicalização do cuidado, como expressão da própria medicalização da vida. Por sua vez, toda essa dinâmica não pode ser analisada sem desconsiderar a insuficiência e precarização de serviços e profissionais da RAPS do DF, como apontado.

A transformação do PTS em um protocolo burocrático pode ser um dos sintomas mais claros da alienação do trabalho em saúde mental. Em vez de ser um processo vivo e dinâmico de co-construção, ele se torna um formulário a ser preenchido, uma exigência institucional que perde seu sentido clínico e político. Essa burocratização está diretamente ligada à sobrecarga de trabalho, à falta de tempo e à precarização das equipes, como discutido no eixo da capsização. Sem tempo para discussão de caso, para a escuta aprofundada e para a articulação com a rede, os profissionais

se veem impelidos a produzir cuidado de forma seriada, o que é a negação da própria ideia de singularidade (Lancetti, 2014).

A tensão entre as terapêuticas grupais e as demandas por atendimentos individuais é outro ponto crucial que emerge dos resultados. A fala de um profissional do CAPS III é direta: “a pessoa precisa de uma terapia individual, não tem como fazer, porque aqui a terapia é de grupo, mas às vezes precisava sim de uma terapia individual” (GF com trabalhadores do CAPS III). Essa percepção é corroborada pela fala de outro profissional do mesmo serviço: “Os pacientes querem muito médico, às vezes querem só atendimento médico, não querem participar dos grupos” (GF com trabalhadores do CAPS III).

Essa tensão expressa múltiplas facetas da crise da práxis nos CAPS e na saúde mental, como um todo. Em primeiro lugar, ela aponta para uma possível precarização das atividades grupais e pode indicar que muitos desses grupos se tornaram espaços pouco potentes, repetitivos e que não respondem às necessidades singulares dos usuários. Em vez de serem espaços de troca, de construção de laços e de elaboração coletiva, podem ter se tornado meros dispositivos para otimizar o tempo dos profissionais e “ocupar” os usuários. A fala de um profissional do CAPS AD sobre o serviço funcionar como um Centro de Convivência, “aqui somos um centro de convivência, no DF não temos centro de convivência” (GF com trabalhadores do CAPS AD III) por falta de outras opções na rede pode ser lida também por esse viés: o grupo como um fim em si mesmo, e não como um meio para a reabilitação psicossocial.

A demanda por atendimento individual, especialmente o atendimento médico, reforça a crítica, já discutida no eixo da capsização, a um modelo de cuidado que ainda se mostra excessivamente centrado na figura do especialista e na medicalização. A fala “Às vezes precisa de uma escuta, não de mais, não de uma dose maior do remédio” (GF com trabalhadores do CAPS

III) mostra que os próprios profissionais percebem essa distorção. No entanto, a estrutura do serviço e a sobrecarga de trabalho muitas vezes os empurram para a solução através do medicamento, como critica um dos participantes.

Além disso, as contradições evocadas também podem dizer de lacunas próprias do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, com algumas delas desconsiderando, ou não abarcando como deveriam, as particularidades de nossa formação social (desigual, racista, machista etc.) que se materializam nas singularidades dos indivíduos que procuram os CAPS e os serviços da saúde mental como um todo (Passos, 2018; David, 2020). A isso, somam-se as especificidades de gênero, de sexualidade, as dinâmicas territoriais, as complexidades envolvidas no cuidado a crianças e adolescentes, às pessoas com sofrimento decorrentes e/ou associado ao consumo problemático de drogas. Ora, se o “S” do PTS remete à singularidade dos indivíduos, devendo elas orientar e conformar os processos assistenciais e de cuidado, ao ser minimizado ou desconsiderado, o que se tem é um indivíduo genérico, abstrato, e não o que existe de carne e osso, mente e corpo, síntese de suas relações. Logo, o “PT” passa a ser igualmente genérico, abstrato, não importando (ou pouco importando) a quem se volta e reproduzindo justamente o que o PTS busca combater.

Por fim, a questão do grupo versus indivíduo toca no cerne da práxis da clínica psicossocial. A clínica da Reforma Psiquiátrica apostou fortemente no dispositivo grupal como ferramenta de transformação, por entender que o sofrimento psíquico é também uma produção social e que sua superação passa pela reconstrução dos laços coletivos (Barros, 2011). No entanto, a negação da dimensão individual do sofrimento e da necessidade de espaços de escuta singular pode ser igualmente iatrogênica. A práxis, nesse sentido, seria aquela capaz de articular dialeticamente o individual e o coletivo, o espaço da escuta singular (seja ela com o psicólogo, o médico, o terapeuta ocupacional ou qualquer outro membro da equipe) com o espaço da convivência e da construção

grupal. A vinculação, citada por um profissional como seu “principal objeto de trabalho” (GF com trabalhadores do CAPS III), pode ser a chave para essa articulação. É a partir de um vínculo singular que o usuário pode se sentir seguro para se aventurar no coletivo, e é no coletivo que ele pode ressignificar sua experiência singular.

A análise das terapêuticas nos CAPS III e AD do Distrito Federal revela uma práxis em constante tensão. O PTS, ferramenta central para a singularização do cuidado, corre o risco de se perder na burocracia e na precarização. E a relação entre o individual e o coletivo se mostra um campo de disputas e contradições, onde a demanda por escuta singular se choca com a aposta no dispositivo grupal. Superar essas tensões exige mais do que a aplicação de protocolos, exige um investimento contínuo na formação, na supervisão e, sobretudo, na criação de espaços institucionais que permitam aos trabalhadores reinventar, a cada dia, uma práxis que seja, ao mesmo tempo, clínica, política, coletiva e singular.

3.2.4 A “alta” do CAPS

A posição do CAPS como gerenciador do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial revela uma tensão permanente entre aquilo que o serviço deveria ser - um espaço de produção de cuidado em liberdade - e aquilo que acaba se tornando na prática cotidiana - um serviço especializado e centralizador. Quando o CAPS aparece como “um lugar da saúde mental em oposição à sociedade”, expressa que o território - a sociedade e outros equipamentos públicos - não oferecem outras formas de acolhimento, vínculo, pertencimento e reconhecimento capazes de sustentar processos de cuidado.

Assim, o CAPS se converte, simultaneamente, em um refúgio e em um limite: um lugar onde se concentra tudo aquilo que a sociedade não quer ver, ao mesmo tempo em que se cobra do

serviço a capacidade de “resolver” “aquilo que a sociedade não quer ver”, sem considerar que as demandas direcionadas aos CAPS são a expressão concretas de como está estruturada a sociedade e a sua relação com o que é considerado loucura. Não por acaso, a demanda de “ficar melhor” (GF com usuários do CAPS III) recai quase exclusivamente sobre o CAPS, como se a elaboração do sofrimento e a reabilitação psicossocial fossem possíveis sem a crítica às formas de vida que produzem esse mesmo sofrimento e prejuízos em âmbitos psicossociais.

Essa lógica se expressa também na maneira como o cuidado é organizado. Mesmo com a Reforma Psiquiátrica propondo uma mudança de lógica de tratamento, a experiência cotidiana ainda mostra que o CAPS tende a se organizar em torno da doença, e não do sofrimento em seu amplo aspecto, histórico, social, econômico, subjetivo e político. Surge, então, a pergunta sobre o objetivo último do CAPS: reabilitar? Tratar? Normalizar? Nenhum participante mencionou a possibilidade de um dia “não precisar mais do CAPS”, o que evidencia como o serviço pode ocupar uma função estrutural de manutenção — quase como se estivesse condenado a existir para sempre. Essa naturalização é parte da própria alienação que atravessa os serviços: respostas que se multiplicam, mas que permanecem difusas, por vezes contraditórias, revelando que o CAPS, muitas vezes, funciona como um equipamento “tapa-buraco”, acolhendo demandas que ultrapassam enormemente seu escopo institucional e silencia a sua existência como um sintoma social.

O estudo de Medeiros e Moreira (2022) em que examinam o cuidado em saúde mental tendo como referência as experiências dos usuários de um CAPS III, em Santos, município do estado de São Paulo, expressa como o CAPS representa um lugar como antítese à sociedade, “ao fato de ser diferente de lá de fora” (Medeiros & Moreira, 2022, p. 7) e que produz novas formas de sociabilidade dentro do próprio CAPS e que podem expandir para fora. Contudo, nesta pesquisa,

não houveram falas que expressassem uma percepção dos usuários como do estudo de Medeiros e Moreira, os usuários dos CAPS aqui estudados não fizeram alusão em como o CAPS fez diferença na vida dos mesmo do lado de fora do CAPS, o que demonstra como o CAPS é mais visto como um lugar fixo, do que algo transitório.

A falta de outros espaços de saúde mental no território — e, mais amplamente, de outras formas de apoio na vida cotidiana, no trabalho, na cultura, no lazer, na convivência — reforça a centralidade do CAPS mesmo quando ele não dá conta de tudo aquilo que lhe é demandado. Daí a necessária problematização a se fazer entre trabalhadores e usuários, de que só uma transformação societária mais ampla permitiria que o CAPS desempenhasse sua função original: ser um dispositivo entre outros, e não o único ponto possível de cuidado em saúde mental. Enquanto essas transformações não acontecem, o serviço continua operando em um cenário de precariedade estrutural, tentando produzir cuidado em meio às contradições que o atravessam e que, de certo modo, o constituem.

A permanência prolongada e exclusiva dos sujeitos no CAPS expressa menos uma escolha e mais a ausência de alternativas sociais concretas, revelando que o cuidado em liberdade não se sustenta apenas no âmbito dos serviços de saúde mental. A efetivação do pertencimento social exige a ampliação das políticas públicas e das redes de suporte no território, sob pena de que os serviços substitutivos reproduzam lógicas de tutela e institucionalização, reproduzindo a lógica manicomial também no cotidiano dos serviços comunitários (Amarante, 2003).

Longe de ser um procedimento administrativo ou um marcador clínico objetivo, a discussão sobre a alta tensiona os próprios fundamentos do modelo psicossocial, questionando o que se entende por tratamento, cuidado e cura. A ausência da fala sobre a alta no discurso dos usuários e a angústia dos trabalhadores ao abordarem o tema expressam um paradoxo: se o CAPS

foi criado para ser um serviço transitório, por que a saída se torna um evento tão improvável? O conceito de alta é herdeiro direto do modelo biomédico, no qual pressupõe a remissão de uma doença ou a conclusão de um tratamento com início, meio e fim. No entanto, a atenção psicossocial opera com outra lógica. Como discutido anteriormente, o objeto do cuidado não é a doença em si, mas o sujeito em sua existência. Se o sofrimento é entendido como uma condição material e concreta composta por fatores sociais, econômicos e subjetivos, a ideia de uma “cura” definitiva se torna complexa e problemática. A fala de um profissional, que define a alta como o momento em que o usuário teria “resolvido as questões que trouxeram ela para cá, pelo menos parcialmente” (GF com trabalhadores do CAPS III) , aponta para a imprecisão do conceito. O que significa “resolver” questões existenciais? E quem define o que é uma resolução “parcial”?

Outra perspectiva trazida através da fala de um profissional é, “Curar é a recovery, a recuperação” (GF com trabalhadores do CAPS III). No entanto, a tradução desse conceito para o contexto brasileiro não é isenta de tensões. Enquanto o recovery enfatiza a retomada do controle pessoal e a construção de uma vida significativa apesar do transtorno, a Reabilitação Psicossocial brasileira, influenciada por Basaglia, sempre deu forte ênfase à dimensão social e política da loucura (Brandão & Furtado, 2022). A “alta”, nesse sentido, não seria apenas uma questão de melhora da funcionalidade individual, mas de conquista de cidadania e de transformação das estruturas sociais que produzem a exclusão, possibilitando a retomada do sujeito de sua contratualidade. “Quando você consegue ter seus meios de subsistência, moradia, alimentação, saúde... conseguir acessar os sistemas de saúde, isso vai refletindo na saúde mental” (GF com trabalhadores do CAPS III), aponta para essa dimensão ampliada do cuidado. A “alta” do CAPS, portanto, dependeria menos do estado psíquico do indivíduo e mais das condições materiais e

sociais que a comunidade lhe oferece, ou seja, reformular o lugar social do que é considerado loucura.

“O nosso conceito de alta, ele precisa ser, antes de tudo, muito bem definido e trabalhado com o usuário” (GF com trabalhadores do CAPS III), essa fala expressa a dificuldade de operacionalizar o conceito de alta como fluido. A consequência é a “sensação de desamparo que vem junto com isso” (GF com trabalhadores do CAPS III). O usuário, por sua vez, internaliza essa insegurança. A percepção de que não está “totalmente curado” e o medo de perder o único espaço de acolhimento e referência que possui tornam a ideia da alta assustadora, portanto, negada (não se fala em alta). Como afirma um profissional, “O paciente, ele não quer sair do CAPS, porque aqui ele gosta do serviço, ele é bem atendido, tem as consultas, às vezes tem aquele vínculo com o profissional...” (GF com trabalhadores do CAPS III). A “alta”, em vez de ser vista como uma conquista de autonomia, é sentida como uma ameaça de abandono.

A dificuldade de efetivar a alta nos CAPS levou autores como Pande e Amarante (2011) a cunharem o termo “nova cronicidade”. A expressão descreve um fenômeno paradoxal: os serviços criados para combater a cronificação produzida pelos manicômios estariam, eles mesmos, gerando novas formas de dependência e institucionalização. A fala de um profissional, “Então se fala ‘ah, não tem mais muros’, não é mais questão de muro, não é mais questão física, não é... Tem outras caras” (GF com trabalhadores do CAPS III), é uma síntese expressiva dessa ideia. Os muros, antes de pedra, tornam-se simbólicos, mas não menos eficazes em sua função de segregação.

Esses “muros invisíveis” são construídos por múltiplos fatores. Um deles é a própria função de refúgio que o CAPS assume, como discutido no Eixo 1. A expressão “o CAPS é minha segunda casa” (GF com usuários do CAPS III) revela o profundo vínculo afetivo que se estabelece, mas também a dificuldade de construir outros laços e outros pertencimentos fora do serviço. Outro fator

é a persistência do estigma, como aponta um profissional: “Uma coisa que persiste, apesar dos tempos mudarem o serviço e se transmutar, é a associação da loucura com periculosidade” (GF com trabalhadores do CAPS III) . Enquanto a sociedade continuar a ver a pessoa considerada com transtorno mental como perigosa, o CAPS continuará a ser o único lugar seguro possível, e a “alta” significará a exposição a um mundo “real”.

Além disso, a própria natureza do sofrimento na contemporaneidade parece desafiar a lógica da alta. A “liquefação das interações sociais”, o “uso patológico das redes sociais” e os “vícios em jogos”, citados por um profissional no GF com os trabalhadores do CAPS III, são exemplos de novas formas de mal-estar que não se enquadram facilmente em diagnósticos psiquiátricos tradicionais e para as quais a ideia de um tratamento com fim definido parece ainda mais inadequada. O público do CAPS, como ele mesmo diz, “vai sendo renovado com uma nova leva de questões” (GF com OS trabalhadores do CAPS III) que exigem uma práxis em constante reinvenção, e não a aplicação de protocolos de alta.

A impossibilidade da alta parece diretamente ligada à falência da rede e, em especial, do matriciamento, concebido como a principal estratégia para garantir a corresponsabilização do cuidado entre o CAPS e a APS, permitindo que os casos menos complexos fossem acompanhados na UBS e que a alta do CAPS significasse a transferência do cuidado para um ponto mais próximo do território do usuário (Campos & Amaral, 2007). No entanto, a realidade descrita pelos profissionais do DF é a de um profundo esvaziamento dessa estratégia.

A fala de um profissional é demolidora: “Nós fizemos já várias vezes a tentativa de fortalecer o matriciamento, mas as equipes são sempre esvaziadas, porque a fulana tem um monte de coisa para fazer, eu tenho um monte de coisa para fazer, todo mundo tem um monte de coisa para fazer... e o matriciamento acaba ficando um... favor nosso” (GF com trabalhadores do CAPS

III). O matriciamento, que deveria ser um processo de trabalho institucionalizado, torna-se um “favor”, uma ação voluntarista que depende do esforço individual dos profissionais em meio à sobrecarga generalizada. Sem um matriciamento efetivo, a APS não se sente segura para acolher os usuários egressos do CAPS, e o CAPS, por sua vez, não se sente seguro para “dar alta”, criando um ciclo vicioso que cronifica o cuidado no serviço especializado.

A pergunta retórica de um profissional, “Qual o modelo do DF de saúde mental?!” (GF com trabalhadores do CAPS III), ecoa essa sensação de desarticulação. Sem a efetivação da política para fortalecer a APS a investir no matriciamento como estratégia prioritária, o CAPS fica isolado, sobrecarregado com a demanda de casos “severos, persistentes e instáveis” e, ao mesmo tempo, também com aqueles que já poderiam estar em outro ponto da rede. A dificuldade de fazer o usuário entender que seu caso “não é para CAPS” é um sintoma direto dessa falha estrutural. A alta, portanto, deixa de ser um problema clínico para se tornar um problema político, um reflexo da fragmentação da rede e da ausência de um projeto integrado de cuidado no território.

Portanto, a problemática da alta no CAPS revela contradições profundas da Reforma Psiquiátrica e seus contornos ainda mais dramáticos no DF. Ela nos mostra que não basta abrir as portas do manicômio, apesar de crucial, se a sociedade e a própria rede de saúde não se transformam para acolher a loucura em liberdade. Aliado a isso, demonstra que o manicômio não é “apenas” um edifício, um prédio, mas uma instituição social que reproduz e materializa uma lógica, a asilar-manicomial, que é uma forma específica da própria lógica de funcionamento capitalista. Esse é mais um lembrete de que que, a despeito de a Reforma psiquiátrica ser um passo ou um conjunto de iniciativas civilizatórias fundamentais na direção de uma sociedade sem manicômios, para que esse horizonte seja atingido, é necessária uma transformação radical desta sociabilidade. Ressaltar isso não é abrandar as críticas, muito menos incorrer em fatalismos. Pelo

contrário, é contextualizar de maneira devida a crítica e fortalecer o horizonte antimanicomial, até para que não deslegitimemos a Reforma Psiquiátrica, a RAPS, os CAPS e demais serviços. Lembremos neste ponto da própria denúncia, que serve como advertência do Movimento da Luta Antimanicomial: “O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1987, s/p)”.

Há, assim, uma coexistência entre as lógicas asilar-manicomial e antimanicomial na realidade estudada, assim como nos demais serviços e contextos do campo da saúde mental brasileira. Isso não significa que elas se complementam, mas que coexistem, uma tensionando a outra e se efetivando como negação da outra. Na atual conjuntura, vemos o avanço dos processos de (re)manicomialização, circunscritos à Contrarreforma Psiquiátrica, mesmos nos marcos de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica (Costa & Mendes, 2020).

Portanto, a ausência da alta no discurso dos usuários não deve ser lida como um fracasso terapêutico individual, mas como um sintoma coletivo: o sintoma de uma rede que não se efetiva, de um estigma que persiste e de um serviço que, ao tentar ser tudo para todos, corre o risco de se tornar um novo tipo de instituição total, com muros invisíveis. A superação desse impasse não virá da criação de protocolos de alta mais eficientes, mas de um investimento radical na construção de redes de cuidado territoriais e intersetoriais, nas quais a “alta” do CAPS seja apenas um passo em uma longa e contínua caminhada de produção de vida e cidadania.

3.2.5 O desamparo dos trabalhadores

O encontro entre trabalhador da saúde e usuário pode ser compreendido como um espaço atravessado por diferentes tecnologias no próprio ato do cuidado. Segundo Merhy (2004) o profissional mobiliza distintas “caixas de ferramentas”, entendidas não apenas como instrumentos materiais, mas como conjuntos de saberes, práticas e modos de agir que adquirem sentido conforme o lugar que ocupam na dialética estabelecida e nos objetivos que orientam a intervenção em saúde. Essas ferramentas organizam-se em três grandes eixos: aquelas vinculadas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, as relacionadas aos saberes técnico-científicos que estruturam o olhar profissional e as que dizem respeito à produção da relação entre trabalhador e usuário. Cada uma dessas dimensões expressa formas singulares de produção do cuidado e resulta em diferentes tipos de “produtos” no processo de trabalho em saúde.

Ainda segundo o autor, no primeiro eixo situam-se as tecnologias associadas aos equipamentos, exames e medicamentos, que articulam trabalho morto — cristalizado nas máquinas e protocolos — e trabalho vivo, presente na atuação concreta de quem os opera. No segundo, localizam-se as tecnologias que estruturam o olhar clínico, sustentadas por saberes previamente produzidos, como a clínica e a epidemiologia, mas permanentemente tensionadas pela incerteza e pela singularidade do encontro, exigindo mediações no uso desses conhecimentos no trabalho vivo em ato. É nesse terreno que os procedimentos ganham significado como atos de saúde, podendo prevalecer abordagens mais rígidas ou mais flexíveis. Já o terceiro eixo corresponde às tecnologias leves, que se efetivam exclusivamente no encontro, por meio da escuta, da construção de vínculos e do reconhecimento do contexto e da singularidade do usuário. Nesse espaço, o cuidado se produz como relação, a ética profissional ganha centralidade e o usuário deixa de ser apenas objeto da

intervenção para atuar como sujeito que afeta e é afetado, evidenciando a potência do trabalho vivo na produção do cuidado.

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e representações), que torna o agente consumidor parte objeto daquele ato produtivo, mas ainda agente, que interfere no processo (Merhy & Feuerwerker, 2016, p. 63).

Nos CAPS, as tecnologias leves assumem a centralidade no processo de trabalho em saúde mental, como expresso na fala a seguir: “Pra mim esse é o principal objeto de trabalho, a vinculação com o usuário, porque a partir daí que eu vejo que a minha fala ela passa a ter algum impacto” (GF com trabalhadores do CAPS III). Diferentemente de modelos centrados prioritariamente em procedimentos ou protocolos, o cuidado produzido nos CAPS conforme pensado em sua origem, só pode se sustentar na qualidade do encontro entre trabalhadores e usuários, mediado por práticas como a Escuta qualificada, a construção de vínculos e o Acolhimento. Essas tecnologias, que só se efetivam no trabalho vivo em ato (Merhy, 2014), são fundamentais para a produção de projetos terapêuticos singulares e para a sustentação de estratégias de cuidado territorializadas, que consideram o contexto social, familiar e comunitário do usuário. Nesse sentido, o CAPS se configura como um espaço privilegiado de produção de cuidado, no qual o usuário deixa de ocupar o lugar exclusivo de objeto da intervenção para participar ativamente do processo.

A literatura do campo da saúde coletiva e da saúde mental aponta que a valorização das tecnologias leves nos CAPS não é apenas uma escolha metodológica, mas um posicionamento ético-político frente ao sofrimento e à lógica manicomial. Merhy (2014) destaca que, nos serviços de saúde, a centralidade do cuidado desloca-se do aparato técnico para o encontro, tornando o vínculo e a corresponsabilização elementos estruturantes do processo de trabalho. Campos e Amaral (2007) reforçam que a Clínica Ampliada depende da capacidade dos trabalhadores de operar tecnologias relacionais que ampliem o olhar sobre o sofrimento e articulem saberes técnicos às experiências concretas dos usuários. Yasui (2010) evidencia que o cotidiano do trabalho nos CAPS é atravessado por disputas entre a institucionalização de práticas mais duras e a sustentação de tecnologias leves, sendo estas últimas decisivas para a produção de cuidado em liberdade e para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Também foi possível observar as dinâmicas internas do grupo focal que revelam hierarquias e subalternizações que atravessam o trabalho do cuidado. A menor participação das enfermeiras, cujas falas foram marcadas por concordâncias breves ou silêncios diante de questões mais teóricas, contrasta com o momento em que “tomaram frente” ao indicar usuários para a pesquisa, por serem aquelas que “melhor conheciam os usuários”. Essa cena expressa como o saber do cuidado direto, cotidiano e relacional permanece subalternizado frente a saberes considerados mais “especializados”, reproduzindo no interior do CAPS lógicas históricas de desvalorização do trabalho de cuidado — atravessadas, inclusive, por recortes de gênero. Estudos como de Zanatta et al. (2019) e Lapischies et al. (2014) apontam um percentual de que mais de 70% dos trabalhadores do CAPS são mulheres. Os dados desse trabalho de dissertação também expressam isso, sendo que no GF com os trabalhadores do CAPS AD III mais da metade eram do gênero feminino, além do quantitativo de trabalhadores no todo serem do gênero feminino, e no CAPS III

houve uma igualdade de participação em termos de gênero no grupo, mas no quantitativo de trabalhadores identificadas na observação-participante, mais da metade são do gênero feminino.

Nas falas, “É os profissionais têm que estar bem mentalmente, porque pra lidar com saúde mental, você tem que estar bem” (GF com trabalhadores do CAPS III) e “Não vai ter esse distanciamento entre paciente e profissional... é algo que eu acho incrível assim de estar aqui” (GF com trabalhadores do CAPS III), expressam o sentimento de desamparo no trabalhador que se faz como um sintoma agudo de uma falha estrutural crônica, um ponto de colapso onde as contradições do modelo de atenção psicossocial se manifestam na equipe. O ponto de partida para compreender o desamparo dos trabalhadores reside na própria constituição das equipes e nas condições de trabalho – que, como mencionado, estão cada vez mais precárias.

A práxis da atenção psicossocial, com sua complexidade teórica e seu alto grau de exigência ética e política, demanda profissionais com formação específica e alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. No entanto, a realidade da gestão de pessoal no Distrito Federal, marcada por concursos públicos de caráter generalista, opera na contramão dessa necessidade. Profissionais de diversas áreas (psicologia, serviço social, enfermagem, etc.) são aprovados em certames que não preveem a formação em saúde mental e, por consequência, podem ser alocados em um CAPS sem possuir o repertório teórico-técnico minimamente necessário para atuar nesse contexto. Isso acontece quando a cada dois anos desde 2016 profissionais são formados por meio dos programas multiprofissionais em residência em saúde mental, mão de obra que não é reabsorvida pela própria secretaria de saúde, órgão que faz o investimento nos profissionais junto ao governo federal. Como mencionado, já passam de 10 anos, desde o último concurso de especialistas para a saúde do DF.

Essa política de alocação, ainda que não intencional, produz um efeito de “despreparo estrutural”. A fala de um usuário, que reconhece as “dificuldades e o despreparo dos profissionais” (GF com usuários do CAPS III), expressa essa realidade. O trabalhador é lançado em um campo de alta complexidade, onde se espera que ele opere a desconstrução de lógicas manicomiais, maneje crises, construa Projetos Terapêuticos Singulares e articule uma rede intersetorial, muitas vezes sem ter tido uma formação sólida sobre o que tudo isso significa. O sentimento de desamparo, aqui, nasce da dissonância entre a magnitude da tarefa a ser realizada e a insuficiência de ferramentas. Não se trata de uma falha individual, mas de um sistema que não seleciona seus quadros com base nas competências exigidas pelo serviço.

A fragilidade ou a quase inexistência de uma política de Educação Permanente em Saúde que seja, de fato, permanente, sistemática e protetora sustenta também esse desamparo. A EPS é concebida no âmbito do SUS não como um treinamento pontual, mas como um processo contínuo de reflexão sobre a prática, que deveria instrumentalizar os trabalhadores para os desafios do cotidiano e, ao mesmo tempo, funcionar como um espaço de elaboração do sofrimento inerente ao trabalho (Mattos & Pinheiro, 2020). No entanto, o que se observa na prática, e que os resultados da pesquisa sugerem, é um esvaziamento dessa estratégia.

Na ausência de uma política institucional robusta de formação em serviço, a qualificação se torna uma responsabilidade individual, dependente do interesse e dos recursos de cada profissional. Os espaços de supervisão clínico-institucional são frequentemente os primeiros a serem sacrificados em nome da urgência assistencial. O “foco na ausência de algo e não o ‘como’ é feito”, apontado nos resultados, pode ser lido como um sintoma dessa lacuna: a equipe, sobrecarregada e sem suporte, concentra-se em gerir a falta (de profissionais, de recursos, de rede), sem conseguir parar para refletir sobre a qualidade de sua própria práxis.

Diante desse duplo vazio – o do preparo prévio e o da formação contínua – a equipe se reorganiza em uma lógica de sobrevivência. As categorias “divisão das responsabilidades como ‘sobrevivência’ da equipe” e “a equipe como refúgio entre os trabalhadores e não como estratégia de trabalho” são a expressão máxima desse fenômeno. O trabalho em equipe, que deveria ser a principal ferramenta da clínica ampliada, um espaço de interdisciplinaridade e de construção conjunta de projetos terapêuticos, se descaracteriza. Ele se transforma, por um lado, em uma estratégia defensiva de fragmentação de tarefas para dar conta da alta demanda e, por outro, em um refúgio afetivo, um lugar de apoio mútuo para suportar o desamparo.

Embora a dimensão de refúgio e de suporte mútuo seja fundamental para a saúde mental dos próprios trabalhadores, é preciso notar a perda que ocorre quando ela se sobrepõe à dimensão de estratégia de trabalho. A equipe se fecha em si mesma, em um esforço para se proteger e para dar conta do mínimo, e perde sua potência de articulação externa e de inovação da práxis. O trabalho, nesse contexto, torna-se reativo e defensivo, em vez de proativo e transformador. O desamparo, portanto, não apenas gera sofrimento, mas também empobrece a própria práxis, limitando sua capacidade de cumprir os objetivos da Reforma Psiquiátrica.

O desamparo dos trabalhadores dos CAPS no Distrito Federal não é um problema de ordem psicológica, mas eminentemente político. Ele é o resultado direto de uma política de gestão de pessoas que ignora a especificidade do campo da saúde mental, avança no projeto de desmonte das políticas, precariza as condições de trabalho, e de uma ausência de investimento em educação permanente que deixa os profissionais à deriva. Lima et al., (2017) ao resgatar a importância da educação permanente, ressaltam que os profissionais entrevistados em um CAPS do DF ressaltam a relevância da educação continuada e reconhecem a precariedade do cuidado também como

consequência da insuficiente da qualificação profissional em conformidade com a Reforma Psiquiátrica e a Clínica Ampliada.

Enquanto a seleção para o trabalho nos CAPS não for qualificada e enquanto não houver espaços institucionais sólidos para a formação, a supervisão e a elaboração do trabalho, a práxis da atenção psicossocial continuará a ser um exercício de sobrevivência, realizado por profissionais que, embora comprometidos, se veem cotidianamente confrontados com o espectro do esgotamento. Cuidar de quem cuida, portanto, não é uma mera propaganda humanista, mas a condição concreta e material de possibilidade para a sustentabilidade de um projeto de cuidado que se queira, de fato, antimanicomial. E cuidar de quem cuida passa, necessariamente, pela oferta de melhores condições de trabalho, que tendem a resultar em melhores condições de vida e na própria oferta assistencial, fomentando um círculo vicioso que avança por meio de melhorias objetivas e subjetivas.

A partir do exposto, o desamparo dos trabalhadores constatado é, antes de tudo, uma denúncia sobre suas condições de trabalho e, por conseguinte, da oferta de assistência. Junto à expansão e ao recrudescimento manicomiais, vemos também outros dos atributos da Contrarreforma Psiquiátrica (Costa & Mendes, 2020) muito bem evidenciados nos casos aqui abordados, o que, por sua vez, diz dela como um processo amplo, espraiado no solo nacional e no campo da saúde mental brasileira, a saber: o desmonte das políticas, da RAPS, com precarização, que acompanha as restrições orçamentárias, o recrudescimento do subfinanciamento (que é crônico), ao passo que avançam as transferências do fundo público a instituições privadas (e manicomiais).

Cabe ressaltar que o DF possui um dos maiores complexos manicomiais ou indústrias da loucura do país. Novamente, segundo o IEPS (2025), o DF, em 2023, era a unidade federativa,

junto do Goiás, com a pior taxa de leitos psiquiátricos privados do país: 17,5 por 100 mil habitantes. E parte deste complexo é financiada pelo GDF, com fatias do orçamento público, como fora o caso da Clínica Recanto, que ganhou cerca de R\$9 milhões do fundo público distrital em dois anos para as internações compulsórias². Poderíamos mencionar também os montantes milionários repassados às comunidades terapêuticas, mas acreditamos já ter deixado nítido que a realidade de insuficiência da RAPS do DF, que se expressa e é denunciada pelo desamparo de trabalhadores, não é um acaso, mas faz parte de um projeto.

Aliás, considerando o caso das internações compulsórias e das CTs no DF, uma das especificidades deste processo tem sido a mobilização e instrumentalização da temática das drogas. Aproveita-se das lacunas assistenciais existentes, e que não foram sanadas pela Reforma Psiquiátrica – até porque dizem de problemas estruturais, que vão além dela e de sua capacidade –, e avançam com os processos de manicomialização, atrelados à mercantilização e privatização da “assistência” e da ofensiva conservadora, reacionária e fundamentalista (Costa & Mendes, 2020). Não por acaso, vemos avançar também de maneira significativa medidas higienistas, por meio de internações compulsórias, sequestros, torturas e até mortes em instituições como as comunidades terapêuticas, dentre outros exemplos que dizem da violência manicomial. Os alvos prioritários? A população pobre e negra, com destaque à população em situação de rua. Tudo isso com volumes crescentes de financiamento público, nas diferentes esferas, municipal, estadual e distrital e federal (Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura & Psicologia e Ladinidades, 2025).

Fazemos tais apontamentos a partir de uma análise totalizante, para que o objeto de estudo aqui abarcado seja contextualizado, ao invés de interpretado como algo em si – resultando em

² <https://www.brasildefato.com.br/colunista/saude-mental-militancia-no-df/2025/08/06/9-milhoes-em-dois-anos-dinheiro-publico-da-saude-do-df-financia-clinica-manicomial-privada/>.

culpabilizações, deslegitimações estéreis ou mal-intencionads. Da mesma forma, toda essa dinâmica corrobora ainda mais a deslegitimação dos CAPS, principalmente os CAPS AD, afetando os trabalhadores. Se o desamparo é também denúncia, esta mesma realidade evoca uma práxis que vá para além da técnica, para além da própria dimensão assistencial, e que remete às próprias origens do Movimento da Luta Antimanicomial: uma práxis política e politizada; coletivamente organizada; que articule a saúde mental com outras pautas, lutas e movimentos; uma práxis que, para efetivar todo o seu compromisso e potencialidade antimanicomial, deve ser anticapitalista, antirracista, antipatriarcal, antiproibicionista e contra quaisquer formas e relações de opressão e exploração.

Uma vez mais, cabe o resgate do principal documento política da saúde mental brasileira, e que tem em seu conteúdo, muitos ensinamentos infelizmente ainda válidos sobre o que a práxis na saúde mental *pode ser*:

O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. [...] Lutar pelos direitos de cidadania dos [usuários da saúde mental] significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1987, s/p).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O fim é a partir de onde começamos”

(Eliot, 1943/2020)

Com base nas reflexões desenvolvidas ao longo deste trabalho, torna-se evidente que o CAPS ocupa um lugar profundamente ambíguo no tecido social contemporâneo. Ao mesmo tempo em que se afirma como um dispositivo fundamental de cuidado em liberdade, ele também é atravessado por contradições que tensionam o próprio projeto da Reforma Psiquiátrica. As falas de usuários e trabalhadores evidenciam que o CAPS tem sido convocado a responder por demandas que extrapolam o campo da saúde mental, funcionando, muitas vezes, como o principal — ou único — espaço de pertencimento possível diante da fragilidade das redes sociais, do trabalho, da moradia e da participação comunitária na relação com os sujeitos da experiência da loucura. Nesse cenário, o serviço corre o risco de se consolidar como um “lugar da loucura”, não mais marcado pelo enclausuramento físico, mas por formas sutis de tutela e centralização do cuidado.

Essas contradições não são consideradas neste trabalho como falhas isoladas do CAPS ou de seus trabalhadores, mas como expressão de limites estruturais de uma Reforma Psiquiátrica implementada em um contexto de profundas desigualdades sociais e de retração das políticas públicas. A análise das narrativas aponta que, quando a atenção psicossocial permanece restrita ao interior do SUS e pouco articulada a outras políticas, como assistência social, trabalho, cultura e habitação, o cuidado tende a se cronificar e a se concentrar no serviço. Assim, a experiência da loucura aparece indissociável da questão social, e a ausência de pertencimento fora do CAPS reforça processos de desamparo, reinscrevendo os usuários em circuitos institucionais limitados. A centralidade excessiva do CAPS, portanto, revela menos a potência absoluta do dispositivo e

mais a insuficiência de uma rede intersetorial capaz de sustentar a inclusão social no território ampliado.

A lógica manicomial não se esgota com o fechamento dos manicômios, mas se reinscreve de forma atualizada nas práticas e nos arranjos institucionais dos serviços substitutivos quando estes se distanciam de seu horizonte ético-político. A “capsização” emerge, nesse sentido, como expressão contemporânea da institucionalização, colaborando para a *neoinstitucionalização*, na medida em que o CAPS, ao se tornar excessivamente centralizador, se sobrecarrega e desresponsabiliza outros serviços do cuidado em saúde mental. Ainda que não opere pela lógica do enclausuramento físico, o CAPS também pode produzir formas manicomiais, nas quais o sujeito é capturado pela instituição e reduzido à condição de “usuário do CAPS”. Assim, o risco está na sua sobrecarga e dificuldade de reproduzir formas de uma sociabilidade adoecida que captura uma racionalidade que prioriza o bom funcionamento institucional em detrimento da liberdade, da circulação e da autonomia dos sujeitos, reatualizando, sob novas roupagens, princípios próprios da lógica manicomial criticada por Basaglia.

Nesse cenário, a capsização revela-se menos como um desvio pontual e mais como sintoma da fragilidade estrutural da RAPS e da retração das políticas intersetoriais. A centralização de demandas no CAPS, transformando-o em “tapa-buraco” social, desloca o cuidado psicossocial de sua dimensão territorial, comunitária e transformadora para um fazer meramente técnico e uma prática não pensada, o que impacta diretamente a práxis em saúde mental, esvaziando sua capacidade crítica e produzindo alienação tanto nos usuários quanto nos trabalhadores.

Das questões que surgiram desta pesquisa, aponto a precarização das condições de trabalho e o déficit expressivo de profissionais nos CAPS pesquisados como um problema que não constitui

apenas um problema administrativo, mas incide diretamente sobre a qualidade, a continuidade e o sentido ético-político do cuidado ofertado e é uma expressão evidente da precarização e falta de investimento orçamentário na política de saúde mental no DF. A insuficiência de carga horária em categorias, como psiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, fragiliza a sustentação do cuidado e expõe uma contradição fundamental: serviços concebidos para operar a desinstitucionalização acabam funcionando sob condições que favorecem a reprodução de práticas não pensadas.

A centralidade atribuída aos grupos e ao acolhimento, especialmente no CAPS AD III, revela tanto a potência das tecnologias leves quanto seus limites quando dissociadas de condições materiais adequadas e de um projeto clínico-político compartilhado. A fala dos usuários sobre a ausência de acompanhamento individual expressa que a aposta no coletivo, quando não articulada à escuta singular, pode produzir silenciamentos e novas exclusões. O acolhimento, por sua vez, embora reconhecido como princípio ético-político estruturante da atenção psicossocial, corre o risco de se reduzir a um dispositivo operativo de entrada e contenção da demanda, sobretudo diante da falta de profissionais e da inexistência de atividades específicas no Acolhimento Integral. Assim, aquilo que deveria sustentar o vínculo e sua responsabilização contínua pode ser capturado por uma lógica de gestão da escassez.

A ampliação do conceito de terapêutico, proposta pela Reforma Psiquiátrica e pela clínica ampliada, aparece como horizonte potente, mas permanentemente tensionado pela realidade concreta dos serviços. A compreensão do cuidado como produção de vida, contratualidade e ampliação da potência de agir dos sujeitos esbarra na persistência do modelo biomédico, na centralidade da medicalização e na burocratização do Projeto Terapêutico Singular. A fragilização do PTS, transformado muitas vezes em protocolo formal, evidencia um processo de alienação do

trabalho em saúde mental, no qual a singularidade do cuidado cede lugar à padronização imposta pela sobrecarga, pela falta de tempo e pela pressão por respostas rápidas. Nesse cenário, o risco não é apenas clínico, mas político: perde-se a dimensão de reabilitação social da práxis psicossocial.

Cabe salientar que as tensões entre terapêuticas grupais e demandas por atendimentos individuais, bem como as especificidades entre CAPS III e CAPS AD, revelam que a práxis em saúde mental se constroi em um campo de disputas permanentes. A aposta no coletivo não pode prescindir da escuta singular, assim como a clínica individual não pode se dissociar da produção de laços sociais e territoriais. Sustentar essa articulação exige condições concretas de trabalho, espaços institucionais de reflexão e uma aposta contínua na reinvenção do cuidado. As contradições aqui analisadas não invalidam a capacidade dos CAPS em transformar a realidade de seus usuários, mas reafirmam que a consolidação da Reforma Psiquiátrica depende da multiplicação de dispositivos e mais ainda da possibilidade de sustentar, no cotidiano, uma práxis viva, crítica e comprometida com a produção de vida e a reabilitação psicossocial.

Esta pesquisa reafirma que a função radical do CAPS não pode ser pensada como a de um destino final, mas como um dispositivo de passagem, de mediação e de aposta na vida para além de seus muros. Retomar o horizonte ético-político da Reforma Psiquiátrica implica recolocar em questão o lugar da loucura, do sofrimento e do uso de drogas na sociedade, convocando o território e a cidade a compartilharem a responsabilidade pelo cuidado. Isso exige fortalecer práticas territorial-comunitárias, tensionar hierarquias institucionais e disputar, no plano das políticas públicas, condições materiais e simbólicas de pertencimento social. Assim o CAPS poderá trabalhar com condições materiais e concretas a fim de materializar o projeto de

desinstitucionalização, afirmando-se como parte de um projeto mais amplo de transformação social, no qual o cuidado em liberdade não seja exceção, mas condição de existência.

Como proposta de devolutiva, a pesquisadora propõe retornar aos serviços para apresentar os resultados e promover uma roda de conversa mediada pela mesma com os trabalhadores e usuários em conjunto.

Por fim, essa pesquisa se propõe a convocar a ampliação do olhar sobre a realidade dos serviços no DF, com o intuito de evidenciar as suas complexidades, em um exercício contínuo do pensar complexo, que envolve ampliar ao invés de reduzir, problematizar ao invés de fechar respostas, compreender as múltiplas narrativas que o CAPS comporta ao invés de reduzir e categorizar, desfazer os padrões adoecedores de socialização ao invés de repeti-los, a fim de materializar a lógica emergente que a Reforma Psiquiátrica propõe, a desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- Albrecht, D. (2022). A luta antimanicomial nos governos democrático-populares: Contribuições para um balanço a realizar. *Revista Em Pauta*, 13(1), 49–64.
<https://doi.org/10.12957/rep.2022.63479>
- Alcântara, V. P., Vieira, C. A. L., & Alves, S. V. (2022). *Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1).
- Albuquerque, F. P. de. (2020). *Sofrimento mental e gênero: Os homens e o cuidado na rede de atenção psicossocial* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo).
<https://doi.org/10.11606/T.5.2020.tde-09022021-094039>
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 45-65). NAU.
- Amarante, P. D. C. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2nd ed.). Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O.. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Amarante, P. (2015). *Saúde mental e atenção psicossocial*. (4th ed.). Fiocruz.
- Andrade, A. M. (2018). *Fatores de risco e fatores de proteção decorrentes do uso de crack em um CAPS AD no Distrito Federal: Uma abordagem qualitativa* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Repositório da Universidade de Brasília.
<http://repositorio.unb.br/handle/10482/34169>

- Araújo, J. B. (2020). Reabilitação psicossocial: Entre a segurança e ética da redução de danos. *Política & Psique*, 9(3), 1–19. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.90746>
- Athié, K., & Amarante, P. (2024). Financiamento da saúde mental pública: estudo do caso do Rio de Janeiro (2019 a 2022). *Saúde Em Debate*, 48(141), e8568. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418568P>
- Azevedo, S. de. (2017). *Leis que não pegam: O caso da Lei 10.216/01 em Brasília* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24536>
- Barros, R. B. (2011). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Editora da UFRGS.
- Barros, J. D. (2012). Práxis: Considerações sobre as assimilações de um conceito pelo materialismo histórico. *História Social*, 15(20), 187–199. <https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/rhs/article/view/227>
- Barbosa, G. C., Costa, T. G. da, & Moreno, V. (2012). Movimento da luta antimanicomial: Trajetória, avanços e desafios. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 45–50. <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/136896>
- Brandão, A. D. L., & Furtado, J. P. (2022). Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da saúde mental brasileira. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00133161. https://doi.org/10.1590/1981-7746_sol00133
- Brasil. (1990b). Lei nº 8.142, 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. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. Governo do Distrito Federal. (2011a). Portaria nº 78, de 18 de maio de 2011. Institui o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Rodoviária – CAPS AD III

Rodoviária. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal.

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68266/Portaria_78_18_05_2011.html

Brasil. Governo do Distrito Federal. (2011b). Decreto nº 32.948, de 30 de maio de 2011. Dispõe sobre a criação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Rodoviária – CAPS AD III Rodoviária, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal.

<https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68332/376e31d2.html>

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. (1992). Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992: Dispõe sobre normas e diretrizes para a organização dos serviços de saúde mental. *Diário Oficial da União*.

Brasil. Presidência da República. (2001). Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil. Presidência da República. (2006). Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Brasília, DF.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002: Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Humaniza SUS — clínica ampliada e compartilhada* (Série B. Textos Básicos de Saúde).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Brasil. (2020). *RIDE-DF*. Superintendência do Desenvolvimento do Centro-Oeste – Sudeco. Atualizado em 4 de fevereiro de 2022. <https://www.gov.br/sudeco/pt-br/assuntos/ride-df/ride-df>
- Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. (2023). *Relatório Anual 2022* (1. ed.). Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União.
- Botelho, I. B. (2018). *Diagnóstico situacional e propostas de intervenções baseadas em evidências para um CAPS AD III do Distrito Federal* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Lume Repositório Digital.
<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/182625>
- Britto Neto, A. R. (2017). *Análise dos desafios e possibilidades de gestão dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas – CAPS-AD* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Repositório da Universidade de Brasília.

- Campos, G. W. S. (1996/1997). *A clínica do sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>
- Campos, G. W. de S., & Amaral, M. A. do. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849–859. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Carniato, E. P., & Lucca, S. R. (2024). Sofrimento mental dos trabalhadores dos Caps: um olhar da gestão. *Saúde em Debate*, 48(143), e9170. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439170P>
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Vozes.
- II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. (1987). *Manifesto de Bauru*. Bauru, SP.
- Corrêa, L. M., & Lima, R. C.. (2025). A neoinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica: uma análise sobre o percurso de usuários de CAPS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(8), e00752024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025308.00752024>
- Costa, P. H. A. da. (2017). *Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas* (Tese de doutorado, Universidade Federal de Juiz de Fora).
Repositório Institucional da UFJF. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/5793>
- Costa, P. H. A., & Faria, N. C. (2021). “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis*, 31(4), e310412. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310412>

- Costa, P. H. A. da ., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B.. (2017). “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde E Sociedade*, 26(3), 738–750.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170188>
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2020). Contribuição à crítica da economia política da contrarreforma psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 12(2), 44–59.
- Costa, P. H. A. da ., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B.. (2018). No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3233–3245. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19(1), e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
- David, E. C. (2020). Relações raciais, uma questão antimanicomial. *Revista Da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/As (ABPN)*, 12(spe.), 108-137.
<https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1116>.
- Distrito Federal. (2020). Lei nº 6.643, de 21 de julho de 2020. Institui diretrizes para a política de redução de danos no Distrito Federal.
https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/9e37de4b6c2b420cb5dfd3a2359b2889/Lei_6643_21_07_2020.html.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. (2022). *Estudo da necessidade e priorização de CAPS no*

Distrito Federal.

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Estudo_da_Necessidade_e_Priorizacao_de_CAPS_no_DF__Versao_Final_+%281%29.pdf/ee208ad9-32e8-fc6c-308b-5b14ff304282?t=1758126982155

Eliot, T. S. (1943/2020). *Little Gidding* (H. Barbas, Trad.). Helena Barbas.

<https://www.helenabarbas.net/t-s-eliot-do-ultimo-poema/>

Gaino, L. V., Souza, J. de, Cirineu, C. T., & Tulimosky, T. D. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 14(2), 108–116.

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>

Gonçalves, J. N. V. (2015). *Avaliação crítica da reforma psiquiátrica na RIDE-DF: Da lei à implementação* (Dissertação de mestrado, Centro Universitário de Brasília). Repositório UniCEUB.

Husein, S. F. (2016). *Recolhimento ou acolhimento: A política pública de internação compulsória de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas e os direitos individuais – O caso do Distrito Federal e análise do artigo 28 da Lei 11.343/2006* (Dissertação de mestrado, Centro Universitário Euro-Americano – Unieuro).

https://www.unieuro.edu.br/mestradocienciapolitica/images/DISSERTACAO_Salua_Husein.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2024). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação para 1º de julho de 2024.*

<https://www.ibge.gov.br>

- Instituto de Estudos para Políticas de Saúde [IEPS]. (2025). A oferta e distribuição de serviços de saúde mental no Brasil entre 2013 e 2023. *Boletim Radar+SUS*, 2, 1-11.
- Krefer, L. T., & Oliveira, W. F. de. (2025). Reformulações na política nacional de saúde mental: análise de dados de assistência no período de 2012 a 2022. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(2), e13372023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.13372023>
- Lapischies, S. R. da C., Jardim, V. M. da R., & Kantorski, L. P. (2014). Fatores associados à satisfação no trabalho em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 950–958. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3474.2500>
- Lancetti, A. (2014). *Clínica peripatética*. (9ª ed.). Hucitec.
- Lervolino, S. A., & Pelicioni, M. C. F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(2), 115–121. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>
- Lima, M. G., Gussi, M. A., & Furegato, A. R. F. (2017). Centro de Atenção Psicossocial: O cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 11(4), 197–220. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2487>
- Lira, G. F. C. (2021). *Tensões e disputas frente às manifestações da contrarreforma psiquiátrica brasileira* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/43144/1/2021_GabrielaFernandesChaves.pdf
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: Por uma sociedade sem manicômios*. Garamond.
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *A ideologia alemã*. Boitempo.

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura [MNPCT] & Psicologia e Ladinidades.

(2025). *As comunidades terapêuticas em evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do estado brasileiro?* MNPCT; Psicologia e Ladinidades.

Medeiros, V. H. R., & Moreira, M. I. B. (2022). Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS. *Saúde e Sociedade*, 31(1), e210094. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210094>

Merhy, E. E. (2014). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. (4ª ed.). Hucitec.

Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: Uma necessidade contemporânea. In E. E. Merhy, R. S. Baduy, C. T. Seixas, & E. V. Mendes (Orgs.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 59–72). Hexis.

Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Org.), *Ver-SUS Brasil: Cadernos de textos* (pp. 108–137). Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>

Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. (21ª ed.). Vozes.

Minayo, M. C. S. (2021). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (15ª ed.). Hucitec.

Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. (2023). Relatório de fiscalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal: Situação dos CAPS habilitados junto ao Ministério da Saúde (Baseado em dados do CNES/Ministério da Saúde). MPDFT. <https://www.cnes.datasus.gov.br>

Ministério da Saúde. (2025). *Saúde Mental em Dados – Edição n° 13* (fevereiro de 2025).

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>

Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. (2025).

Levantamento de informações penitenciárias: 18º ciclo, período de janeiro a junho de 2025. <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-de-informacoes-penitenciarias/relatorio-do-1o-semester-de-2025.pdf>

Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. (1999). *Relatório do IV Encontro Nacional da*

Luta Antimanicomial: Novas formas de produção de sentido. Paripueira, AL.

(Documento interno da RENILA).

Nascimento, A. B.. (2006). Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de

patologização do usuário de drogas. *Psicologia Em Estudo*, 11(1), 185–190.

<https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100021>

Nicácio, E.. (2011). Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos*

De Saúde Pública, 27(3), 612–613. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300023>

Oliveira, W. F. de ., Padilha, C. dos S., & Oliveira, C. M. de. (2011). Um breve histórico do

movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de

desinstitucionalização. *Saúde Em Debate*, 35(91), 587–596. [https://doi.org/10.1590/0103-](https://doi.org/10.1590/0103-110420110587-pt)

[110420110587-pt](https://doi.org/10.1590/0103-110420110587-pt)

- Oka, C. P. B., & Costa, P. H. A. (2022). Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 1–29.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>
- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076.
- Passos, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-22.
doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483.
- Paulo Netto, J. (2011). *Introdução ao método na crítica da economia política*. Expressão Popular.
- Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. da. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde E Sociedade*, 21(4), 1035–1043.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>
- Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M., Flores, A. Z. T., & Andrade, A. S. de. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(3), 493–502. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>
- Quintão, I. P. (2017). *Representações sociais do crack por usuários em situação de rua* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília).
<https://btdt.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2315>
- Quintana, M. (2014). *O tempo*. In Baú de espantos (1ª ed., 144 p.). Alfaguara. ISBN 978-85-7962-307-3.

- Reis, C., A., & Ferrazza, D., A., de. (2022). Redução de danos em um capsad: discursos e práticas profissionais. *Revista Psicologia e Saúde, 14*(1), 3-18. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1240>
- Rolnik, S. (2016). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Sulina.
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 89–100). Hucitec.
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública, 37*(3), e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
- Santiago, M. A. (2009). *Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF* (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília).
https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6371/1/2009_MarinaAgraSantiago.pdf
- Santo, W. E. (2019). As lutas antimanicomiais dos anos 1990 pelos seus atores e sujeitos sociais no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 29*(1), e290119.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019000100038>
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na atenção básica. *Revista da Rede APS, 170–179*.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Te Corá Te Cora/Instituto Franco Basaglia.
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2023, 8 de setembro). Portaria nº 337, de 08 de setembro de 2023 (Dispõe sobre a prestação de Trabalho em Período Definido na SES/DF). Diário Oficial do Distrito Federal.

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/044316ff848841f5ae5c0c2ad5a3bd22/Portaria_33_7_08_09_2023.html

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2014, 14 fevereiro). *População de Samambaia ganha Caps III para tratamentos mentais em adultos*. Secretaria de Saúde do DF. <https://saude.df.gov.br/en/w/populacao-de-samambaia-ganha-caps-iii-para-tratamentos-mentais-em-adultos>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2016). *Caps III de Samambaia terá atendimento 24h para transtorno mental*. Secretaria de Saúde do DF. <https://www.saude.df.gov.br/w/caps-iii-de-samambaia-tera-atendimento-24h-para-transtorno-mental>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2022). *Saúde mental do DF em dados: Relatório*. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Silva, T. I. T., Pezzato, L. M., & Lima, L. C. (2024). Reflexos da contrarreforma psiquiátrica nos CAPS do Vale do Ribeira (SP). *Serviço Social & Sociedade*, 147(2), e-6628385. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.385>

Soares, M. H. A., & Yasui, S. (2021). História da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial no Brasil. *Revista Mnemósine*, 2(1), 1–15. <https://editoraime.com.br/revistas/remss/article/view/3038>

Teixeira, M. B., Ramôa, M. de L., Engstrom, E., & Ribeiro, J. M.. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1455–1466. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>

Toronto, C. E., & Remington, R. (2020). *A step-by-step guide to conducting an integrative*

review. Springer.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Editora Fiocruz.

Zanatta, A. B., de Lucca, S. R., Sobral, R. C., Stephan, C., & Bandini, M. (2019). Estresse e enfrentamento de trabalhadores de centro de atenção psicossocial em uma cidade do interior do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(1), 83–89. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190300>

Zgiet, J. (2010). *A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: Um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília). https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7719/1/2010_JamilaZgiet.pdf

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO – GRUPOS FOCAIS COM OS PROFISSIONAIS

1. O que é Saúde Mental para vocês?
2. Como vocês avaliam a política de saúde mental brasileira?
3. E como vocês avaliam a política de saúde mental no Distrito Federal?
4. O que é CAPS para vocês?
5. O que pensam sobre o papel do CAPS na sociedade?
Como vocês se veem no CAPS?
6. Como vocês definem o seu trabalho?
7. Falem um pouco, por favor, da rotina de trabalho de vocês. Como é a rotina, quais as principais atividades?
8. Como é a relação entre vocês profissionais? E com os usuários? Como é a relação com a gestão?
9. Quais são as potencialidades e as dificuldades do trabalho de vocês? Na opinião de vocês, como deveria ser este trabalho?

ANEXO B

ROTEIRO – GRUPOS FOCAIS COM OS USUÁRIOS

1. O que é Saúde Mental para vocês?
2. O que é o CAPS pra vocês?
3. Como vocês se veem no CAPS?
4. Qual o papel do CAPS na sociedade?
5. Como vocês praticam Saúde Mental?

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Trabalhadores

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Práxis em Saúde Mental de dois Centros de Atenção Psicossocial III do Distrito Federal*”, de responsabilidade da pesquisadora *Allice Rejany Nogueira Carvalho*, Mestranda pelo Departamento de *Psicologia Clínica do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura* da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar a práxis em Saúde Mental de dois CAPS’s III de tipos diferentes (CAPS geral e CAPSad) do Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa, bem como autorização de sua participação nos seguintes procedimentos: grupo focal com realização única com duração prevista de no mínimo 1 hora e no máximo 3 horas que ocorrerá no Centro de Atenção Psicossocial que você trabalha para viabilizar sua participação; o grupo focal será registrado em gravador de áudio e solicito sua autorização para gravação sem divulgação de sua imagem e/ou voz, apenas suas palavras transcritas.

Assinando este termo você não irá autorizar a divulgação de sua gravação E/OU divulgação de sua imagem e/ou voz, assim estará autorizando apenas gravação de sua voz e transcrição e divulgação de sua fala transcrita sem identificação, mas não a divulgação de sua imagem e/ou voz. Conforme a Carta Circular CNS nº 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS, item 3, que ressalta que os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do/a participante de pesquisa, que forneceu tais informações em uma relação de confidencialidade entre médico e paciente, para realização do seu tratamento e cuidado médicos, e não para utilização de tais dados em pesquisa, solicito também vossa anuência para acesso e uso de seus dados de prontuário sem identificação direta e/ou indireta, considerando que há em cada relato de prontuário a identificação do profissional por meio de sua assinatura e/ou carimbo na evolução em prontuário.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Todos os dados provenientes de sua participação na pesquisa, ficarão armazenados em arquivo, físico e digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 28, Inciso IV), para que o/a participante possa decidir livremente sobre sua participação e sobre o uso de seus dados no momento e no futuro.

A coleta de dados será realizada por meio da observação-participante, análise documental e grupo focal com trabalhadores. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Esta pesquisa pode apresentar alguns riscos e para cada um foi pensando uma forma de cuidado e minimização dos mesmos. Segue os possíveis riscos e as medidas de suas minimizações: **1)** Risco de constrangimento ou desconforto emocional durante a exposição de experiências críticas ou dilemas éticos vivenciados no contexto da atuação profissional. **Medidas de minimização:** Comprometimento da equipe de pesquisa com a escuta ética e empática, capacitada para identificar sinais de sofrimento e oferecer acolhimento psicológico imediato. Bem como a informação que o participante trabalhador poderá desistir de sua participação a qualquer momento sem lhe gerar ônus. **2)** Risco de identificação e quebra de sigilo, caso dados sensíveis sejam associados a falas específicas. **Medidas de minimização:** Realização dos grupos em ambiente sigiloso e seguro, com acolhimento prévio e posterior à atividade, oferecendo espaço

para escuta individual caso surjam desconfortos emocionais e, principalmente sem nenhuma divulgação de nomes, características pessoais e apresentação dos dados de maneira individual. Os dados serão apresentados de maneira agregada, promovendo a minimização da identificação dos participantes. **3) Risco psíquico**, decorrente de possíveis sentimentos de impotência, ambivalência ou exposição emocional frente à análise crítica da própria prática profissional. **Medidas de minimização:** Comprometimento da equipe de pesquisa com a escuta ética e empática, capacitada para identificar sinais de sofrimento e oferecer acolhimento psicológico imediato.

Ressalta-se que a pesquisadora possui trajetória profissional no campo de atuação técnica e de assistência em Saúde Mental, inclusive nos Centros de Atenção Psicossocial e se colocará disponível para mediar possíveis situações de estresse. Os cuidados para minimizar os riscos foram desenvolvidos a partir da Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 17. Sendo assim, a pesquisadora se colocará disponível também para intervenção imediata com escuta psicológica, caso seja solicitado ou identificado a necessidade.

A pesquisa também pretende contribuir com os seguintes benefícios para os trabalhadores: A pesquisa também pretende contribuir com o processo de reflexão dos trabalhadores sobre sua prática, oferecendo suporte teórico-técnico; pode beneficiar os trabalhadores com um espaço para subsidiar a troca entre os mesmo e possibilitar transformações internas e concretas; favorecer a ampliação do conhecimento e reflexão crítica acerca do campo da Saúde Mental.

A pesquisa também pretende contribuir com benefícios coletivos para que as organizações envolvidas possam refletir sobre os processos de produção de saúde e de sofrimento, subsidiando possibilidades de transformações internas e concretas, como problematização de políticas públicas já instituídas. Bem como, favorecer a ampliação do conhecimento e reflexão crítica acerca da saúde mental ampliando a comunicação entre academia, assistência em saúde mental e usuários, potencializando um espaço de fala/escuta para trocas de experiências e mapeamento de problemas para gerar novas discussões, resoluções e problemas de pesquisa.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração e/ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 98622-1558 que também estará disponível para ligações à cobrar e pelo e-mail allice00@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de rodas de conversa com os CAPSs, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Ressalta-se que esta pesquisa prevê ressarcimento e indenização em conformidade com a resolução CNS-MS nº 466 de 2012, esclarecendo que, em caso de eventuais danos relacionados à participação na pesquisa, os participantes terão assegurado o direito à reparação, conforme previsto em lei.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília e Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107-1592 e pelo CEP/FEPECS: cep@fepecs.edu.br ou pelo telefone: (61)

3345-7895.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, _____ de _____ de _____

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Práxis em Saúde Mental de dois Centros de Atenção Psicossocial III do Distrito Federal*”, de responsabilidade da pesquisadora *Allice Rejany Nogueira Carvalho*, Mestranda pelo Departamento de *Psicologia Clínica do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura* da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar a práxis em Saúde Mental de dois CAPS’s III de tipos diferentes (CAPS geral e CAPSad) do Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa, bem como autorização de sua participação nos seguintes procedimentos: grupo focal com realização única com duração prevista de no mínimo 1 hora e no máximo 3 horas, que ocorrerá no Centro de Atenção Psicossocial que faz acompanhamento para viabilizar sua participação; o grupo focal será registrado em gravador de áudio e solicito sua autorização para gravação sem divulgação de sua imagem e/ou voz, apenas suas palavras transcritas.

Assinando este termo você não irá autorizar a divulgação de sua gravação E/OU divulgação de sua imagem e/ou voz, assim estará autorizando apenas gravação de sua voz e transcrição e divulgação de sua fala transcrita sem identificação, mas não a divulgação de sua imagem e/ou voz. Conforme a Carta Circular CNS nº 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS, item 3, que ressalta que os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do/a participante de pesquisa, que forneceu tais informações em uma relação de confidencialidade entre médico e paciente, para realização do seu tratamento e cuidado médicos, e não para utilização de tais dados em pesquisa, solicito também vossa anuência para acesso e uso de seus dados de prontuário sem identificação direta e/ou indireta.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Todos os dados provenientes de sua participação na pesquisa, ficarão armazenados em arquivo, físico e digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 28, Inciso IV), para que o/a participante possa decidir livremente sobre sua participação e sobre o uso de seus dados no momento e no futuro.

A coleta de dados será realizada por meio da observação-participante, análise documental e grupo focal com trabalhadores e usuários. É para estes procedimentos que você está sendo convidado. Esta pesquisa pode apresentar alguns riscos e para cada um foi pensando uma forma de cuidado e minimização dos mesmos. Segue os possíveis riscos e as medidas de suas minimizações: **1) Risco de revivência de experiências negativas ao abordarem aspectos do cuidado em saúde mental que podem ter sido insatisfatórios, negligentes ou estigmatizantes. Medidas de minimização:** Comprometimento da equipe de pesquisa com a escuta ética e empática, capacitada para identificar sinais de sofrimento e oferecer apoio psicológico imediato; **2) Risco de exposição e constrangimento, especialmente ao relatar aspectos íntimos de sua trajetória nos serviços de saúde. Medidas de minimização:** Realização dos grupos em ambiente sigiloso e seguro, com acolhimento prévio e posterior à atividade, oferecendo espaço para escuta individual caso surjam desconfortos emocionais; **3) Risco de estigmatização, caso se sintam rotulados ou julgados em função de seus relatos ou condição de saúde mental. Medidas de**

minimização: Comprometimento da equipe de pesquisa com a escuta ética e empática, capacitada para identificar sinais de sofrimento e oferecer acolhimento psicológico imediato. Também não será realizada nenhuma divulgação de nomes, características pessoais e apresentação dos dados de maneira individual. Os dados serão apresentados de maneira agregada, promovendo a minimização da identificação dos participantes; **4) Risco de identificação,** caso trechos de suas falas permitam associação direta com sua identidade. **Medidas de minimização:** Os dados serão apresentados de maneira agregada, promovendo a minimização da identificação dos participantes. Não será divulgada nenhuma fala individual.

Ressalta-se que a pesquisadora possui trajetória profissional no campo de atuação técnica e de assistência em Saúde Mental, inclusive nos Centros de Atenção Psicossocial e se colocará disponível para mediar possíveis situações de estresse. Os cuidados para minimizar os riscos foram desenvolvidos a partir da Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 17. Sendo assim, a pesquisadora se colocará disponível também para sinalizar aos profissionais de saúde de referência de tais usuários, sem expor os mesmos, caso seja identificado algum risco na participação do usuário na pesquisa, bem como estar disponível para intervenção imediata com escuta psicológica, caso seja solicitado ou identificado a necessidade.

Espera-se com esta pesquisa os seguintes benefícios aos usuários: Contribuir para o processo de reflexão sobre a relação do usuário com o serviço e seu próprio tratamento; beneficiar os usuários com um espaço de troca entre os mesmos com mediação; e favorecer o compartilhamento de dúvidas.

A pesquisa também pretende contribuir com benefícios coletivos para que as organizações envolvidas possam refletir sobre os processos de produção de saúde e de sofrimento, subsidiando possibilidades de transformações internas e concretas, como problematização de políticas públicas já instituídas. Bem como, favorecer a ampliação do conhecimento e reflexão crítica acerca da saúde mental ampliando a comunicação entre academia, assistência em saúde mental e usuários, potencializando um espaço de fala/escuta para trocas de experiências e mapeamento de problemas para gerar novas discussões, resoluções e problemas de pesquisa.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração e/ou benefício. Você é livre e tem o direito de recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 98622-1558 que também estará disponível para ligações à cobrar e pelo e-mail allice00@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de rodas de conversa com os CAPSs, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Ressalta-se que esta pesquisa prevê ressarcimento e indenização em conformidade com a resolução CNS-MS nº 466 de 2012, esclarecendo que, em caso de eventuais danos relacionados à participação na pesquisa, os participantes terão assegurado o direito à reparação, conforme previsto em lei.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília e Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107-1592 e pelo CEP/FEPECS: cep@fepecs.edu.br ou pelo telefone: (61) 3345-7895.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, _____ de _____ de _____