

O PARADIGMA PSICOSSOCIAL NO COTIDIANO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Lanay Schafhauzer Ferraz Sampaio¹

Resumo: O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil consolidou uma série de transformações na assistência em saúde mental no Brasil, tendo como uma de suas maiores conquistas a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dispositivo substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Este, diferentemente das instituições de características asilares, constitui-se como um serviço de saúde aberto e comunitário, de cuidado intensivo, territorializado, personalizado e promotor de vida para pessoas em sofrimento psíquico severo e persistente, realizando o acompanhamento clínico e visando a reinserção social dos usuários. O autor Abílio Costa-Rosa aponta que a reelaboração de ideias a partir da Reforma Psiquiátrica viriam a se contrapor ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, em direção a um Paradigma Psicossocial capaz de se colocar como substituto ao modo asilar e suas tecnologias operadas pela lógica manicomial. Ambos os paradigmas só são possíveis dentro do campo da saúde mental, sendo um alternativo ao outro, por serem contraditórios, uma vez que a essência de suas práticas encaminha-se em sentidos opostos. Sendo o paradigma Psicossocial um referencial teórico-técnico e ético-político necessário para viabilização dos avanços e para a continuidade da Reforma Psiquiátrica, o presente trabalho objetiva analisar como o paradigma psicossocial se faz presente nas práticas de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Florianópolis. Para o alcance de tal objetivo, foram realizadas entrevistas com os profissionais integrantes da equipe do CAPS-II de Florianópolis, sendo esta pesquisa classificada como exploratória e descritiva, de natureza qualitativa e delineando-se enquanto um estudo de caso. Os dados coletados foram organizados em quatro categorias de análise, tendo como resultados o alcance do Paradigma Psicossocial dentro dos seguintes parâmetros: *em relação ao seu 'objeto' e 'meios de trabalho'* através de estratégias de cuidado fundadas na perspectiva da clínica ampliada, e nos desdobramentos que envolvem essa clínica, como a construção de espaços de sociabilidade que promovam a vinculação, a circulação, a convivência e o acolhimento dos usuários e de seus familiares com o serviço; *em relação às formas de organização dos dispositivos institucionais*, por meio da horizontalização das relações de trabalho e de gestão do serviço, que promovem um deslocamento da racionalidade médico-centrada para a criação coletiva e multiprofissional de estratégias e práticas de trabalho, em conjunto também com os usuários do serviço, que são consonantes com o que seja Psicossocial; *em relação às modalidades do relacionamento com os usuários e com a população*, através do incentivo à organização dos usuários e promoção de cidadania por meio de ações políticas, de forma a promover o deslocamento subjetivo dos usuários, que se apropriam do direito de decidir por si aquilo que diz respeito a ele, bem como de participar ativamente nas decisões da vida política e do cotidiano do serviço; por fim, nas *implicações éticas dos efeitos de suas práticas*, a partir do trabalho pautado na construção de cidadania e autonomia dos sujeitos, buscando a singularização

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul. E-mail: lanaysfsampaio@gmail.com. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Unisul. 2021. Orientadora: Prof. Ana Maria Pereira Lopes, Dra.

e a interlocução dos usuários com o território. Tais ações dentro da ética do Paradigma Psicossocial tem efeitos que esbarram em todos os aspectos não só do serviço, mas na vida dos usuários, de sua rede de apoio e do território como um todo, que articulados às práticas citadas na presente pesquisa, mudam substancialmente suas formas de relação com o serviço de saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; CAPS; Paradigma Psicossocial.

1. INTRODUÇÃO

Os debates relacionados às Políticas Públicas de saúde mental têm ganhado forças no cenário nacional, especialmente no que diz respeito às formas de cuidado promovidas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Frente aos retrocessos colocados pelas esferas representativas do Estado e da medicina em relação aos avanços e conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, fortes tensões têm ocorrido entre as diferentes áreas que constituem o cuidado em saúde mental na RAPS em busca de seguir viabilizando o progresso da reforma.

Conforme apontam Sousa, Maciel e Medeiros (2018), o cuidado em saúde mental anterior aos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo eram atribuídos aos manicômios. Estes constituíam-se enquanto instituições fechadas de características asilares, que tinham por missão excluir o louco e sua loucura do meio social, visando tratá-lo e curá-lo para, então, devolvê-lo “reabilitado” ao convívio social. Entretanto, tal discurso não se sustentava dentro dos muros da internação, uma vez que tais instituições operavam com poucas e precárias possibilidades terapêuticas pautadas na lógica da exclusão, produzindo a perda das identidades dos sujeitos ali presos e reduzindo-os à doença mental (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018). A observação dos processos históricos de construção acerca da psiquiatria, do lugar social da loucura e de seus efeitos, pode mostrar como a suposta neutralidade e objetividade das disputas sobre os discursos da verdade e da ciência procuram encobrir valores e jogos de poder no cenário cotidiano da sociedade (AMARANTE, 2001).

Amarante (2001) situa que já no século XX, em meados dos anos 1960, teve início na Inglaterra o movimento da antipsiquiatria, partindo de um consenso entre alguns psiquiatras acerca da percepção da inadaptação dos saberes e práticas psiquiátricas em relação ao trato com a loucura. Partindo desse ponto, surgiram as primeiras críticas radicais ao saber médico/psiquiátrico, que viriam a ser seguidas posteriormente por diversas reformas no campo da saúde mental. Partindo da experiência italiana, Barros (1994 apud AMARANTE, 2001, p. 46) aponta “a necessidade de um

processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse”.

Partindo de colocações como as anteriores, fez-se necessária a criação de modelos de humanização institucional, em vias de possibilitar a criação de práticas que tem na comunidade, e nas relações que esta estabelece com o louco, potência para desconstrução dos dispositivos psiquiátricos manicomial de tutela, exclusão e periculosidade que são consumidos pelo imaginário social (AMARANTE, 2001). Seguindo os pensamentos de Amarante (2001), temos que a saúde e a doença precisam estar situadas em sua concretude histórico-cultural, tornando-se fenômenos localizados na realidade política dos sujeitos sociais.

No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica teve seu início na década de 1970, como um processo político e social complexo e multifacetado, composto de diversos atores, forças e instituições diferentes envolvidas em diferentes territórios - como universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, movimentos sociais, territórios do imaginário social e da opinião pública, entre outros; é um processo muito maior do que a mera reestruturação dos serviços e sanção de novas leis, buscando romper com a hegemonia do modelo asilar e médico-centrado em vias da promoção da desinstitucionalização (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018). É no cotidiano das instituições, dos serviços e na relação destes com a comunidade que o processo da Reforma Psiquiátrica caminha, sendo marcada por impasses, tensões, conflitos e inúmeros desafios para a promoção de transformações das práticas, saberes e valores sociais e culturais que compreendem o cuidado e a promoção de saúde mental (BRASIL, 2005).

Amarante (2001) demarca que a Reforma inaugurou um novo compromisso ao recusar o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, tendo de forma clara que não bastava a racionalização e modernização dos serviços já existentes. O autor ainda aponta que o período de redemocratização do país simbolizou o auge da ocupação popular dos espaços públicos pela construção de projetos populares e democráticos. Nesse contexto, diversos espaços deliberativos passaram a ser ocupados por entidades representativas da sociedade civil. De acordo com Pitta (2011), a I Conferência Nacional de Saúde Mental marcou um dos primeiros exercícios democráticos de definição das políticas públicas de saúde no país, representando o princípio da desconstrução do cotidiano das formas arraigadas de lidar com a loucura e com a desinstitucionalização enquanto estratégia de desmistificação e restituição do lugar do louco na

sociedade. Amarante (2001) aponta que é na trajetória da conferência que nascem as ideias para os centros de atenção psicossocial (CAPS), com a posterior criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e que surgem novos projetos de Lei em vias do estabelecimento de um novo projeto de saúde mental para o país.

Em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/89, que posteriormente passou a ser reconhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica, contendo três artigos estruturantes: o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo Estado, o direcionamento de recursos públicos para criação de serviços substitutivos com recursos não-manicomiais de atendimento e a obrigação da comunicação de internações compulsórias às autoridades judiciárias (PITTA, 2011). Após aprovação na Câmara dos Deputados, o projeto ficou longos onze anos sendo postergado no Senado, sendo aprovado apenas como um projeto substitutivo em uma rodada de negociações. A aprovação e homologação do mesmo ocorreu apenas em abril de 2001, com a Lei Federal nº 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), privilegiando a oferta de tratamentos de base comunitária.

Amarante (2015) afirma que o texto aprovado ainda não assegurou algumas das aspirações fundamentais do projeto original, como a extinção progressiva dos manicômios, mas ainda assim representou um grande marco da Luta Antimanicomial e do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao propor um novo modelo assistencial às pessoas com transtornos mentais; ainda visa o cuidado integral em busca da promoção de direitos, de cidadania e da reinserção social dos sujeitos em seus territórios, garantindo ainda atendimento integral aos usuários da rede (BRASIL, 2001).

De acordo com Pitta (2011), a Reforma Psiquiátrica busca ofertar uma resposta anti-confinante, na tentativa social de desestigmatizar uma concepção excludente acerca da loucura, destacando a necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados em liberdade. Destaca-se que as conquistas que partiram da Reforma são múltiplas e implicam em seu escopo o protagonismo dos sujeitos, suas famílias e sociedade na garantia dos direitos sociais de forma democrática. Nesse sentido, a partir das possibilidades colocadas por meio da Lei nº 10.216, foi desenvolvida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando políticas de promoção e prevenção da saúde, bem como a atenção continuada, subvertendo a lógica do paradigma asilar em detrimento do paradigma psicossocial que vem se configurando a partir da Reforma Psiquiátrica. Constitui-se

a partir de diversos serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, entre outros, que visam o atendimento à população a partir do trabalho em rede em vias da promoção integral em saúde.

Logo após a Promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental com grande participação popular e democrática, sendo consolidadas as propostas da Reforma Psiquiátrica, pactuadas democraticamente a partir dos princípios, diretrizes e estratégias para as alterações na atenção em saúde mental no país (BRASIL, 2005). Dessa forma, ficou estabelecida a Reforma Psiquiátrica enquanto política pública e são consolidados os CAPS como principais estratégias de substituição dos serviços de assistência. Pitta (2011) indica que um importante passo é dado após a definição de um arcabouço normativo que tratava dos projetos e das ferramentas propostas pela Reforma. Dessa forma, a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, foi colocada em vigor a fim de definir e estabelecer diretrizes para o funcionamento dos CAPS.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário, de referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais - sendo as psicoses, neuroses graves ou outros quadros - cuja severidade justifique a permanência no dispositivo (BRASIL, 2004). Trata-se de um espaço de cuidado intensivo, comunitário, promotor de bem-estar e saúde, que objetiva realizar o acompanhamento clínico e de reinserção social de seus usuários através do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e do fortalecimento de vínculos com os familiares e com sua comunidade, de forma territorializada (BRASIL, 2004). Tal serviço é um dispositivo essencial e estratégico para o caminhar da Reforma Psiquiátrica no país, demonstrando no cotidiano de suas práticas as possibilidades de organização de uma rede efetivamente substitutiva de cuidados em relação ao hospital psiquiátrico. Ainda temos como função dos CAPS:

[...] prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2005, p. 27)

A Portaria nº 336 diferencia os CAPS em relação ao seu porte, à sua capacidade de atendimento e usuários atendidos, e são organizados pelo território nacional de acordo com o perfil populacional

de cada município; são divididos entre CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Dentro da discussão do presente artigo, observar-se-á as características do CAPS II, alvo de intervenção da presente pesquisa.

De acordo com a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), o CAPS II oferece o serviço de atenção psicossocial com capacidade de atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando de segunda à sexta-feira das oito às dezoito horas. Os usuários desse serviço são adultos com transtornos mentais severos e persistentes, atendidos por uma equipe técnica composta de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (podendo eles serem psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, ou qualquer outro profissional que seja necessário para o projeto terapêutico dos usuários ali atendidos), e seis profissionais de nível médio (como técnicos em enfermagem, técnicos administrativos, artesãos, entre outros). Ainda segundo a Portaria, a assistência prestada aos usuários do CAPS compreende:

- a- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002, p. 4).

Deve-se ter em vista que as práticas realizadas nos CAPS têm em seu cerne o acolhimento, em um ambiente aberto que esteja em contato com a cidade e com a comunidade. Dessa forma, os projetos terapêuticos dos usuários muitas vezes podem vir a extrapolar a estrutura física do serviço, em vias de potencializar a rede de suporte social local, ampliando as possibilidades de ações que respeitem os usuários em suas singularidades, histórias, culturas e que promovam um diálogo do mesmo com a sua comunidade (BRASIL, 2004). Assim, o papel da equipe técnica é de extrema importância para o desenvolvimento, organização e manutenção de práticas terapêuticas que se expandam para além do consultório - tendo em vista a promoção de saúde, a restauração dos laços sociais dos usuários e o desenvolvimento de sua autonomia.

Amarante (2015) alerta que um grande desafio é o da superação da visão que reduz a Reforma à uma mera reestruturação dos serviços. Apesar de eles terem sido radicalmente

transformados e os manicômios - até certo ponto - superados e substituídos pelos CAPS, o objetivo a sempre se ter em vista é o da superação de princípios éticos e paradigmáticos que anteriormente estruturavam e davam sustentação ao sistema. O olhar deve voltar-se ao campo da saúde mental e atenção psicossocial compreendido não como um modelo fechado, mas como um processo, que é social e complexo, e que se constitui dentro de um entrelaçamento de diferentes dimensões simultâneas que, ora se alimentam, ora se conflituam.

Costa-Rosa (2000) aponta que a reelaboração de ideias a partir da Reforma Psiquiátrica viriam a se contrapor ao hospital psiquiátrico e ao modelo de suas práticas, em direção a um paradigma capaz de se colocar como substituto ao modo asilar e suas tecnologias operadas pela lógica manicomial. O autor coloca a noção de contradição como um fator determinante para que se possa considerar um modo de atuação em saúde mental realmente alternativo e substitutivo a outro. Para Costa-Rosa (2000), apenas diferenças que manifestam-se de forma brusca, a ponto de um modo demonstrar determinado fenômeno de forma completamente contrária do outro, tem para si a condição de contradição. Em linhas gerais, apenas podemos afirmar que dois modelos são alternativos se são contraditórios, e estes apenas serão contraditórios uma vez que a essência de suas práticas se encaminhem em sentidos opostos em relação aos seus parâmetros basilares (COSTA-ROSA, 2000).

A noção de paradigmas contraditórios nos cuidados em saúde mental podem especificar-se a partir de quatro parâmetros essenciais que diferenciam fundamentalmente suas práticas, sendo eles a *definição de seu objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção*; as *formas de organização dos dispositivos institucionais*; as *modalidades de relacionamento com o usuário e com a população*; as *implicações éticas dos efeitos de suas práticas - tanto em termos jurídicos quanto teórico-técnicos e ideológicos*, . Vejamos esses quatro parâmetros e como eles se apresentam para uma efetiva contraposição do *Modo asilar* e o que autor designará de *Modo psicossocial*, no Quadro 1 (COSTA-ROSA, 2000).

Quadro 1 - Parâmetros fundamentais.

Parâmetros Fundamentais	Modo Asilar	Modo Psicossocial
Concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho'	Hospitalização, medicalização e objetificação da loucura;	Desospitalização, desmedicalização e

		implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos;
Formas de organização dos dispositivos institucionais	Estratificação e interdição institucionais, heterogestão e disciplina das especialidades;	Participação, autogestão e interdisciplinaridade;
Modalidades do relacionamento com os usuários e com a população	Imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis;	Livre interlocução, livre trânsito do usuário e da comunidade nos serviços, a territorialização com integralidade;
Implicações éticas dos efeitos de suas práticas	Remoção ou tamponamento de sintomas e adaptação.	Implicação subjetiva e sociocultural, e singularização.

Fonte: Adaptado pela autora, 2021.

A partir das divergências teórico-práticas em tais parâmetros, se apresentam as contradições entre os modos asilar e psicossocial, contradizendo-se inclusive no cotidiano das práticas dos serviços em saúde mental:

[...] um modelo 'hospitalocêntrico' e 'medicocentrado' é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de 'depositário' que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Outro fator que se faz importante para pensar os serviços de saúde mental é a consideração da instituição enquanto uma formação constituída por um conjunto de práticas e saberes, que se articulam as práticas (contraditórias entre si) através de discursos ideológicos, que, assim como nas relações em sociedade, são moldados a partir de interesses que divergem dentro do sistema capitalista de produção (COSTA-ROSA, 2000). As contradições que se produzem no campo da vida social, no contexto que se expande para fora do serviço, produz efeitos que interferem em cada instituição, podendo gerar mudanças radicais na essência de sua práxis; “da consideração das instituições como palcos de luta decorre a hipótese segundo a qual [...] é sempre possível a

repolarização (ainda que de maneira aleatória) e, inclusive, a inversão dessa dominância, em favor das pulsações instituintes” (COSTA-ROSA, 2000, p. 146).

A instituição também se coloca enquanto elemento necessário na relação entre os trabalhadores de saúde mental, demais atores sociais e clientela, tendo em vista que o acesso de uma expressiva camada da população ao uso de tais serviços só se deu a partir da criação de instituições públicas que intermediam o acesso das pessoas aos profissionais de saúde (COSTA-ROSA, 2000). O autor ainda indica que é o modelo capitalista de produção que impõe as formas e características de funcionamento das instituições, que virão a determinar os modos de suas práticas; e de acordo com Costa-Rosa (2000), qualquer programa terapêutico pensado dentro dos serviços - sejam eles hospitais psiquiátricos articulados dentro da lógica asilar, ou um Centro de Atenção Psicossocial organizado dentro do paradigma psicossocial - será profundamente sensível às formas pelas quais a instituição está estruturada.

Em consonância com Costa-Rosa (2000), é percebido que o acirramento das contradições institucionais pode ser utilizado em favor de determinados grupos, causando uma subversão paradigmática através de mudanças nos parâmetros fundamentais de suas práticas em vistas a atender a demandas imediatas. De acordo com o autor, as conquistas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica já abrem por si uma ampla brecha nas estruturas hierárquicas das instituições de saúde, e “não há dúvida de que os interesses socialmente subordinados neste campo têm muito a ganhar com a elaboração de estratégias capazes de ocupar essas brechas” (COSTA-ROSA, 2000, p. 165).

Apesar de todos os avanços construídos ao longo dos anos em face ao atendimento dos sujeitos em sofrimento psíquico, diversos retrocessos vêm ocorrendo em diversas investidas contra as legislações derivadas dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. No ano de 2019, foi aprovada a Nota Técnica nº 11/2019 referente a mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional sobre Drogas publicada pelo Ministério da Saúde, na qual diversos pontos divergem das diretrizes propostas na Lei 10.216/2001, como o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia e a alteração da Política de Redução de Danos para o incentivo à abstinência. A Nota também afirma a necessidade do aumento de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e a expansão e financiamento das Comunidades Terapêuticas, distanciando-se das práticas de cuidado propostas pelo Paradigma Psicossocial e incentivando a retomada das práticas do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Pode-se destacar a relevância

de pesquisas com essa temática tendo em vista que a fomentação das políticas de internação da loucura e de tratamentos invasivos dela traz um forte retorno da lógica manicomial, tensionando as discussões acerca da hegemonia dos paradigmas de cuidado e de atenção à saúde no país.

Em vias de constatar a relevância científica da presente pesquisa, foi realizada uma busca bibliográfica na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), que contém produções acerca das temáticas relacionadas à saúde. Uma busca foi realizada, utilizando os descritores paradigma *and* psicossocial nas palavras do título, a fim de observar os trabalhos publicados sobre o tema central desta pesquisa. Sete artigos foram encontrados, e destes, apenas um fora descartado por não se tratar do Paradigma Psicossocial. Os artigos utilizados foram publicados em revistas científicas, partindo majoritariamente da área da psicologia, sendo apenas um da área da terapia ocupacional e um da área da enfermagem.

Diversos autores colocam o Paradigma Psicossocial como um referencial teórico-técnico e ético-político necessário para viabilização dos avanços dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e para a continuidade da Reforma Psiquiátrica (SOUZA; MACIEL; MEDEIROS, 2018; MOLK; SANTOS, 2019; SHIMOGUIRI, 2019; BASOLI; BENELLI, 2019; ALMEIDA et al., 2015). Molck e Santos (2019) apontam que os modos de produção em saúde mental evidenciam as tensões existentes na organização da rede de assistência em saúde mental, demonstrando que o fechamento das instituições de características asilares, que já não são mais previstos nas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), não garantem a mudança na lógica manicomial no cuidado que pode ocorrer em outros espaços. De acordo com os autores, a mudança paradigmática ocorre na práxis, na rotina de trabalho e no estabelecimento de vínculos entre trabalhadores, gestores e usuários.

Corroborando com Molck e Santos (2019), Shimoguri (2019) indica que apesar das modificações nos discursos ideológicos no âmbito da saúde mental produzidos no país pelos movimentos sociais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, é comum que as propostas de atenção ao sofrimento psíquico ainda se resumam a práticas secundárias à psiquiatria, dificultando a transição paradigmática dentro dos serviços. Tem-se que desde a Promulgação da Lei 10.216 poucas transformações radicais foram efetivadas quanto às formas de tratamento, especialmente em relação aos aspectos da teoria e da técnica; ainda hoje, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador mantém sua hegemonia enquanto modo de produção de saúde em muitos serviços do país, que distanciam suas práticas cada vez mais dos princípios pautados pelo

Paradigma Psicossocial (SHIMOGUIRI, 2019; MOLCK; SANTOS, 2019; ALMEIDA et al., 2015). Tem-se colocado que para uma real mudança nas práticas assistenciais, se faz necessária a superação do modelo tradicional da psiquiatria, repensando as práticas de acordo com o proposto pelo paradigma psicossocial e pelos princípios do SUS, bem como a discussão, problematização e superação acerca das concepções estigmatizadas da loucura junto com o grupo social (SOUZA; MACIEL; MEDEIROS, 2018; ALMEIDA et al, 2015).

As instituições estruturadas no Brasil a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica desenharam-se em um caminho de oposição ao modo asilar, presente antes nos manicômios e nos serviços dessa ordem, buscando amparar sua teoria e sua prática no modo psicossocial; não por acaso, tais experiências definem-se enquanto estratégias de atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). Visando-se uma contribuição para a compreensão das contradições essenciais dos dois modos, faz-se necessário sempre melhorar as análises das práticas e suas aproximações e distanciamento em relação aos parâmetros basilares dos paradigmas em saúde mental, então, a presente pesquisa questiona como o Paradigma Psicossocial se faz presente nas práticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da grande Florianópolis?

Para isso, teve como objetivo geral analisar como o Paradigma Psicossocial se faz presente nas práticas de um CAPS-II de Florianópolis. De modo específico, visou identificar a correspondência das práticas do CAPS aos quatro parâmetros propostos por Costa-Rosa (2000), sendo eles em relação ao seu ‘objeto’ e ‘meios de trabalho’, em relação às formas de organização dos dispositivos institucionais, em relação às modalidades do relacionamento com os usuários e com a população e em relação às implicações éticas dos efeitos de suas práticas.

2. MÉTODO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Sendo o objetivo da presente pesquisa analisar como o Paradigma Psicossocial se faz presente nos projetos e práticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Florianópolis, ela delineou-se enquanto um estudo de caso, por buscar um estudo profundo acerca de poucos objetos, de forma que se possibilite a construção de um amplo e detalhado conhecimento sobre o assunto (GIL, 2002). O autor ainda acrescenta que tal tipo de pesquisa se coloca como o mais adequado

quando se objetiva a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto em que está inserido não são claramente percebidos.

Configurou-se, ainda, a presente pesquisa como exploratória, uma vez que esta objetivou uma maior proximidade com o problema de pesquisa formulado, possibilitando uma maior familiaridade com o tema pesquisado para construção de hipóteses e para o alcance de novas descobertas acerca do problema que foi pesquisado (GIL, 2002). Gil (2002) ainda aponta que o planejamento de tal tipo de pesquisa é flexível, possibilitando a consideração dos diversos aspectos que relacionam-se ao fato estudado. Quanto aos dados coletados para análise da presente pesquisa, utilizou-se a abordagem qualitativa, uma vez que não baseou-se em critérios numéricos para garantia de sua representatividade, tendo explorado um fenômeno que não pode ser quantificado (MINAYO, 1999).

2.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu através de entrevistas semi-estruturadas. O roteiro da entrevista foi construído tendo como base os elementos que se relacionam com objetivos específicos do presente estudo, e encontra-se demonstrado no apêndice A deste artigo. Vale destacar que nesse roteiro encontram-se questões relativas ao que seja a conceituação do psicossocial, conteúdo que serviu para abordagem inicial da entrevista e não foi alvo de análise, podendo ser tal análise alcançada em outro estudo.

2.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

As fontes de informação da presente pesquisa foram entrevistas semi-estruturadas, realizadas com os trabalhadores de nível superior de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Florianópolis. Foram entrevistados seis profissionais das áreas da psicologia, psiquiatria, serviço social e enfermagem que atuavam no serviço há pelo menos um ano, de forma a possibilitar uma visão global das práticas realizadas dentro do CAPS-II e a fim de analisá-las de acordo com os parâmetros propostos pelo Paradigma Psicossocial. As identidades dos participantes foram ocultadas em vias de respeitar o sigilo e impossibilitar a identificação dos entrevistados através de seu discurso, mas é importante salientar que falas de todos os participantes da presente pesquisa foram citadas ao longo do texto.

2.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

O ambiente onde a pesquisa foi realizada estava condicionado à situação da pandemia do COVID-19 no período em que as mesmas ocorreram (outubro e novembro de 2021). Com o avanço da vacinação contra o COVID-19 na cidade, foi possível que as entrevistas ocorressem de forma presencial, no ambiente do CAPS-II, tendo sido seguidos os protocolos de segurança estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde para proteção da pesquisadora e dos demais envolvidos com a pesquisa, tais como o uso de máscaras do tipo PFF-2 ou N-95, higiene constante das mãos, permanência em ambientes ventilados e distanciamento social adequado.

2.5 PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Conforme citado anteriormente, foram entrevistados os profissionais de nível superior integrantes da equipe multiprofissional de um CAPS-II da grande Florianópolis. O projeto foi apresentado à coordenadora do serviço, que apresentou à pesquisadora os profissionais que se encaixavam nos critérios de inclusão para a participação na pesquisa. Os critérios de inclusão da presente pesquisa foram trabalhadores de nível superior do CAPS, com mais de 18 anos, que trabalhassem há mais de um ano na instituição, que possuíssem espaço na agenda para participar da entrevista e que aceitem participar do estudo. Os critérios de exclusão foram trabalhadores que possuíssem espaço na agenda apenas a longo prazo para participarem do estudo e aqueles que a qualquer momento viessem a abandonar o estudo.

2.6 PROCEDIMENTO DE COLETA E REGISTRO DE DADOS

Para coleta dos dados da pesquisa, foi feito o uso de entrevista semi-estruturada. Aos entrevistados, foi explicado os objetivos da pesquisa e dos termos aqui colocados, bem como apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela pesquisadora, para que a entrevista ocorresse dentro dos parâmetros éticos de pesquisa. As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes, e transcritas na íntegra posteriormente pela pesquisadora.

2.7 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

As entrevistas realizadas nesta pesquisa foram transcritas na íntegra, de forma que os dados coletados pudessem ser posteriormente organizados e categorizados para a análise.

A análise da presente pesquisa se deu por meio de uma análise de conteúdo. De acordo com Gomes (1999), pode ser aplicado esse tipo de análise visando a verificação hipóteses e/ou questões formuladas pela pesquisa, bem como visando a “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (GOMES, 1999, p.74). As unidades de registro para a análise de conteúdo foram feitas conforme descritas por Gomes (1999), separadas por categorias, a partir dos objetivos específicos, e que se desdobraram nas subcategorias analisadas, conforme demonstrado no Quadro 2. Após a categorização, foi decidido trabalhar com as categorias que concernem aos parâmetros dos Paradigmas de cuidado propostos por Costa-Rosa, por compreender que eles correspondem de forma mais direta ao objetivo geral “analisar como o Paradigma Psicossocial se faz presente nas práticas do CAPS”. Portanto, as categorias presentes no elemento “Psicossocial” não foram analisadas no presente artigo.

Quadro 2 - Categorias de análise.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE
Concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho'	Cuidado voltado ao coletivo
	Promoção do vínculo do usuário com o serviço
	Divisão da equipe por distritos sanitários com benefícios aos usuários
	Extensão do serviço aos familiares
	Clínica ampliada no atendimento aos usuários
	Uso de diferentes tecnologias assistenciais
Formas de organização dos dispositivos institucionais	Busca de forma democrática de gestão do serviço (internamente)
	Manutenção de posição crítica à gestão municipal
	Definição do PTS em conjunto com equipe multiprofissional e usuário
	Reuniões clínico-institucionais para debate dos casos complexos
Modalidades do relacionamento com os usuários e com a população	Democratização nas decisões de funcionamento do serviço (com relação aos usuários)
	Exercício do controle social
	Associação entre os usuários e promoção de ações políticas
	Articulação com outros serviços da rede
Implicações éticas dos	Desenvolvimento de projetos de geração de renda e socialização

efeitos de suas práticas	CAPS como promotor de autonomia na vida do sujeito
--------------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

As fases de análise propostas por Gomes (1999) foram adotadas e seguiram a ordem a seguir:

- 1) Pré-análise: organização do material a ser analisado de acordo com os objetivos desta pesquisa; definição das unidades de registro e de contexto e criação das categorias de análise;
- 2) Exploração do material: aplicação da fase anterior;
- 3) Tratamento e interpretação dos resultados obtidos: apuração do conteúdo subjacente ao manifestado nas entrevistas; busca com o olhar voltado para a análise do exposto dentro das categorias elaboradas.

2.8 ÉTICA EM PESQUISA

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética a partir da Plataforma Brasil, segundo as orientações da Resolução nº 466/12. Foram observadas e respeitadas questões referentes aos riscos e benefícios, bem como a guarda dos materiais e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a realização da pesquisa em um serviço de saúde, também foi necessária a aprovação da pesquisa pelo município, através da Escola de Saúde Pública de Florianópolis. A instituição e os participantes envolvidos na pesquisa receberão a devolutiva dos resultados dela, o meio ainda a ser acordado entre as partes.

A manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes foi garantida durante toda a pesquisa, conforme descrito no TCLE, dessa forma, todas as falas dos participantes serão indicadas como Px, em vias de respeitar o direito à não identificação dos entrevistados. Afirma-se ainda que as participações na presente pesquisa foram voluntárias e sem custos para os envolvidos.

Os riscos apresentados por esta pesquisa foram mínimos, uma vez que ela buscou explorar acerca do cotidiano de trabalho dentro do CAPS. As entrevistas foram realizadas de forma presencial, no ambiente do CAPS, e foram seguidos os protocolos de segurança estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde para proteção da pesquisadora e dos demais envolvidos com a pesquisa, tais como o uso de máscaras do tipo PFF-2 ou N-95, higiene constante das mãos,

permanência em ambientes ventilados e distanciamento social adequado, a fim de minimizar os riscos de contaminação pela COVID-19.

Esta pesquisa tem benefícios indiretos, sendo ele a produção de conhecimento em um campo que se estende para estudantes e profissionais de todas as áreas da saúde mental, bem como ao conjunto social que se envolve com o processo de reforma psiquiátrica movimentos sociais como o de Luta Antimanicomial. Em linhas gerais, o benefício ainda se dá trazendo reflexões acerca dos fazeres dos profissionais de saúde nos espaços institucionais, a pesquisa propõe-se a analisar como o Paradigma Psicossocial inaugurado com a Reforma Psiquiátrica se apresenta no cotidiano dos serviços dos CAPS.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados que aqui se segue coteja o movimento do CAPS em torno do que seja o Paradigma psicossocial, tal qual postulado por Abílio Costa-Rosa. Dessa forma, a partir do diálogo com trabalhadores do CAPS foi possível a organização de categorias de análise, que se dividem entre os quatro parâmetros fundamentados por Costa-Rosa (2000).

3.1 CONCEPÇÕES DO ‘OBJETO’ E DOS ‘MEIOS DE TRABALHO’ PELOS PROFISSIONAIS DO CAPS

A partir do que propôs Costa-Rosa (2000), o parâmetro aqui elucidado diz respeito “às concepções de saúde-doença-cura e concepções dos meios e instrumentos de seu manuseio. Estão incluídos aqui o aparelho jurídico-institucional, multi-profissional e teórico-técnico, além do discurso ideológico” (COSTA-ROSA, 2000, p. 152).

O modo psicossocial, tal qual colocado por Costa-Rosa (2000), considera que a visão de sujeito deve ser guiada considerando sempre os fatores políticos, biopsicoculturais e sociais que o cercam, dando ênfase a cada um destes a partir da escuta ativa das problemáticas particulares que afligem o usuário; para tal, se faz necessário o uso de diferentes estratégias de intervenção, como psicoterapias e um amplo conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural. Dessa forma, a categoria **clínica ampliada no atendimento aos usuários** pôde ser organizada, e sobre as formas de atendimento oferecidas aos usuários do CAPS, o participante x² (Px) diz:

² Todos os participantes desta pesquisa são identificados pela letra “x” em respeito ao sigilo das identidades. Pela mesma razão, os dados que permitissem a identificação dos participantes foram omitidos.

Hoje, por conta do que a pandemia³ colocou, tem muitos atendimentos individuais, e tem alguns grupos presenciais... os presenciais são de caminhada, de alongamento, grupo de jovens, tem um que começou a pouco tempo que é o colorindo a vida, tem grupos online por conta da pandemia, foi criada essa forma de manter os grupos... tem oficina de música, tem grupo de conversas que é o “conte você”, tem grupos psicoterapêuticos online que são divididos por distritos, e tem o mulheres fortes que é só de mulheres, presencial também tem um grupo de homens... tem a intensificação de cuidados e espaços de convivência também, para aqueles usuários que estão ou em uma crise maior, ou aqueles que necessitam mais de um espaço de convivência mesmo.

A partir do colocado, pode-se notar as diferentes frentes de intervenção utilizadas para atenção aos sujeitos que buscam os serviços do CAPS, que atingem desde o contexto individual transbordando a clínica para o espaço das relações sociais dos usuários junto com a comunidade. Campos (2002) aponta que a clínica perde sua potência sempre que ignora as inter-relações entre o sujeito e o meio social, perdendo inclusive a capacidade de resolver problemas estritamente clínicos. Assim, buscase a ampliação do objeto de saber e de intervenção dessa clínica, incluindo o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e práticas para além da enfermidade (CAMPOS, 2002). Faz-se essencial o reconhecimento de que os fatores socioeconômicos influenciam diretamente as práticas clínicas, buscando a ampliação da clínica em relação àquela que se fecha apenas à consideração dos fatores biológicos (CAMPOS, 2002).

Campos (2002) ainda indica que há uma Clínica Degradada quando há interesses econômicos ou desequilíbrios muito fortes de poder, onde toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada nas práticas, como a inflexibilidade de agendas ou de serviços ofertados, a potencialidade teórica da resolução dos problemas ali instaurados se reduz. Na linha contrária a essa condição de uma clínica que não alcança o sujeito, Px contribui:

A gente tem atendimentos coletivos, de vários tipos, desde os mais de fala, dos psicoterapêuticos ou não, oficinas, e aí temos atendimentos individuais, e temos discutido espaços [...] de estar disponíveis para demandas que não estão agendadas... Seja entendendo o agendamento de um atendimento individual, de uma consulta, ou o próprio grupo é também um agendamento né... e trabalhar com o sofrimento psíquico grave, especialmente na psicose, exige que a gente tenha outra disponibilidade que não seja a da agenda apenas. Então a gente vem construindo esse movimento de repensar esses espaços de demanda espontânea para além do acolhimento, para quem já está em atendimento mas precisa ter esse tipo de acompanhamento, por exemplo numa situação de crise.

³ A coleta de dados desta pesquisa foi realizada no período de retomada de atividades presenciais após o avanço da vacinação contra o COVID-19, nos meses de outubro e novembro de 2021.

A esse respeito, pode-se compreender tal flexibilidade dos atores do CAPS também como um processo de ampliação da clínica e negação da rigidez dos atendimentos por agenda. Ou seja, frente à natureza de atendimentos de crise, o CAPS se coloca à disposição da imprevisibilidade das demandas que chegam ao serviço, abrindo espaço para que os usuários possam acessar os serviços que necessitem quando a situação de crise emerge.

Costa-Rosa (2000) indica que no modo psicossocial o que se visa é o reposicionamento do sujeito de modo que ele passe a se reconhecer como um agente implicado no próprio sofrimento, reconhecendo-se também como um agente implicado em suas possibilidades de mudança. A clínica, então, deve ser entendida enquanto um espaço de ampliação das possibilidades daquele sujeito que sofre, como coloca o Px, ainda contribuindo para essa categoria:

Eu faço uma distinção entre método clínico e a concepção que normalmente é comum. Na formação, a gente tem um mau hábito de pensar a clínica estritamente como consultório ou os processos de terapia individual, mas a clínica é método, portanto ela é muito mais ampla do que isso, e permite que a gente use e organize clínicas de maneira diferente.

Pensando em uma clínica Psicossocial, Costa-Rosa (2013) aponta que a (inter)locação deve ser a principal estratégia para entregar ao sujeito, em suas diferentes determinações subjetivas e socioculturais, o protagonismo da atividade de sua própria vida, redefinindo a Atenção Psicossocial em termos do cuidado. Para tal discussão, Lobosque (2003) contribui:

Aqui cumpre-nos a difícil tarefa de demonstrar qual pode ser o espaço da clínica na transformação de nossas relações com a loucura. Trata-se, dentre outras frentes de ação, de retirar a clínica da Saúde Mental de sua tradicional função de controle social [...] para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas. Trata-se de aproveitar as vantagens trazidas pelos avanços da técnica e da ciência, redimensionando, porém, seu lugar e importância no trato com a loucura. Trata-se de retirar a prática psi do âmbito narcisista no qual se instala, para apontar-lhe para uma direção além de si (LOBOSQUE, 2003, p. 20)

Colocando a Atenção Psicossocial enquanto uma estratégia de ação capaz de sustentar ações de saúde mais integrais, que tomam por referência, para além dos muros do CAPS, o espaço do território com suas complexidades e seus diversos recursos, organizou-se a categoria **uso de diferentes tecnologias assistenciais**, onde o Px discorre acerca das tecnologias de cuidado utilizadas para o funcionamento do serviço:

Então, antes da pandemia, a gente tinha o atendimento individual, os atendimentos coletivos, tanto na forma do grupo psicoterapêutico quanto das oficinas terapêuticas. As orientações, atendimentos familiares, e em alguns casos, quando a gente conseguia, em função das dificuldades do caps, as visitas domiciliares, que são em número muito reduzido porque é o único CAPS II da cidade e não temos perna para ficar fazendo visita domiciliar com frequência... nosso território é a cidade inteira, então fazer visita domiciliar nessas condições é bastante complicado. Mas acho que essas são as principais estratégias clínicas que a gente sempre usou... claro, o acolhimento, o acompanhamento, a revisão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de maneira periódica... acho que são principalmente essas as estratégias.

No modo Psicossocial deve-se, então, buscar estratégias que permitam ao sujeito seu reposicionamento subjetivo, através de tecnologias de cuidado que impliquem na reinserção social, como oficinas, grupos de discussão e espaços de organização política dos usuários, ou seja, práticas que proporcionem o trânsito do sujeito em seu território e se articule com outras ferramentas da rede, como o matriciamento, as visitas domiciliares, entre outros. Costa-rosa (2000) aponta que há aí um deslocamento fundamental da posição da loucura e do sofrimento psíquico, que não necessitam mais serem removidos a qualquer custo, mas sim reintegrados e compreendidos pelo sujeito como parte da existência de qualquer um de nós.

Costa-Rosa (2000) aponta que a forma de trabalho almejada pelo modo Psicossocial é o da equipe multiprofissional, superando o grupo comum de especialistas e incluindo uma série de dispositivos que preconizam sua alternatividade em relação ao modo asilar, encontrando formas de superar o modelo de linha de montagem fundado na estratificação de saber dos especialismos. Um ponto que facilita o alcance de tal forma de trabalho é a **divisão da equipe por distritos sanitários com benefícios aos usuários**, que Px destaca:

A gente tem uma divisão da equipe por distritos sanitários, Florianópolis são 4 distritos sanitários, e cada equipe de distrito tem 4 técnicos do caps multiprofissional. Nesses grupos, o que a gente fazia era um encontro semanal com os usuários, para encaminhar pedidos, como renovação de receitas, declarações, atestados e etc, e avaliar o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Então essa mini equipe tem um encontro para dar esses encaminhamentos.

Nesse modo de operar, o trabalho individual ou coletivo desdobra-se em unidades de funcionamento integrais, onde as equipes não atuam apenas “integradas programadas para conjugar os aspectos interprofissionais do conhecimento exigido por cada uma das diversas ações” (COSTA-

ROSA, 2013, p. 113). Costa-Rosa (2013) ainda aponta que a constituição de tais unidades funcionais pauta-se pela análise geral dos processos de trabalho a serem realizados, superando a divisão do trabalho por especialidades na direção do movimento do espaço da clínica, integrando inclusive o usuário como participante desse processo de trabalho.

Pode-se considerar, dessa forma, que as maneiras de trato com a doença, enquanto objeto, transmutam-se a partir de novas experimentações das possibilidades criadas pela ampliação da clínica, deslocando assim o pólo técnico-científico para o pólo ético-estético em busca de novas formas de sociabilidade, que escapem da produção em série realizada pelos manicômios e instituições dessa ordem (COSTA-ROSA, 2000). Com base nisso, pode-se pensar as articulações do serviço com a Rede enquanto uma potência de ampliação das possibilidades dos sujeitos ali atendidos, em termos de promoção de saúde integrada e em termos de inserção dos usuários em seu próprio território, criando assim novas possibilidades de experiências para além da clínica. A esse respeito, Px contribui:

Tem uma equipe multi para atender usuários de cada distrito. Além de ser a equipe que vai atender o usuário aqui dentro, a lógica é que esses profissionais tenham uma maior articulação com os profissionais da atenção primária daquele, com os profissionais do antigo NASF, que conheçam os dispositivos que o território daqueles usuários tem, porque quando todo mundo tenta cuidar de tudo não funciona... então cada equipe conhece seu território para facilitar a articulação.

O cuidado territorializado aqui pode ser pensando tanto no aspecto de articulações com a Rede quanto nas possibilidades individuais do sujeito ao se relacionar com o seu território, também refletindo acerca das implicações de fatores relativos ao ambiente que o usuário está inserido em seu sofrimento, e dessa forma, em estratégias para melhorar sua relação com esse ambiente-território. A divisão da equipe por distritos ainda pode ser utilizada enquanto uma estratégia para manutenção dos vínculos do usuário. Sobre isso, Px diz:

O grupo multiprofissional, essa divisão, tem também isso como um fundamento... porque a ideia é dar a cara de alguém que seja a referência para aquele usuário, alguns técnicos que tenham essa função de referência. Então quando o usuário vem ao caps ele vem procurando alguém, especificamente, onde ele encontra uma imagem de alguém que vai poder ajudá-lo. Os técnicos de referência têm essa função, o investimento todo é no vínculo.

Amarante (2015) aponta que, ao pensar em saúde mental no contexto da Atenção Psicossocial, o vínculo se torna um fator essencial a ser pensado. Sendo o CAPS um espaço de atendimento à crise, esta deve ser compreendida como resultante de uma série de fatores que envolvem terceiros, muitas vezes configurando-se enquanto um processo muito mais social do que puramente biológico ou psicológico. Assim, é fundamental que os serviços que se propõe ao funcionamento nos moldes do Paradigma Psicossocial possam realizar o acolhimento das pessoas em crise de forma que todas as partes envolvidas possam ter um espaço de escuta e expressão daquilo que necessitam; se faz importante que os profissionais estejam efetivamente voltados para os problemas trazidos pelos usuários, demonstrando compromisso com os mesmos e responsabilizando-se pelo cuidado daqueles que o buscam (AMARANTE, 2015). Nesse sentido, pensando na importância do estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais dos trabalhadores do CAPS com essas pessoas, organizou-se a categoria **promoção do vínculo do usuário com o serviço**, onde Px diz:

É a abordagem que a gente faz, de ser uma abordagem bem acolhedora, com uma postura bem empática, ouvir esse usuário de uma maneira realmente atenta, e tentar passar a mensagem para ele que a gente tá aqui como um apoio, que o caps é uma instituição pra atender situações de crise, que ele pode contar com a gente. Acho que quando a gente deixa ele ciente que em qualquer momento de crise ele pode nos procurar, que a gente tá aqui para acolhê-lo e para tentar ajudar naquele momento de sofrimento eles acabam confiando. Claro que cada caso é um caso, tem pessoas que vem e que abandonam o tratamento, mas em algum momento sempre voltam porque sabem que a equipe está aqui.

É notória a construção de pertencimento do sujeito ao serviço, realizada a partir de uma escuta que compreenda o sujeito em primeiro lugar em seu sofrimento, buscando compreender e respeitar suas demandas, necessidades e desejos. Amarante (2015) coloca que, ao serem ouvidos, os usuários devem ser orientados e envolvidos nas soluções e encaminhamentos para seu sofrimento, construindo seu tratamento em comum acordo com os profissionais de sua equipe, de forma que a pessoa levada para o atendimento não seja uma mera observadora no seu processo de tratamento. A inclusão do usuário na construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem grande importância nas relações de vínculo dos sujeitos com o serviço e com a adesão ao tratamento, conforme elucida Px:

É buscar ver essa questão do desejo deles, mas aí também a questão dessa vinculação de estratégia que a gente tem é justamente fazer ter um espaço de

revisão do PTS, porque não é só você impor algo ali e a gente ir acompanhando né, o PTS é definido como algo que é avaliado pelos técnicos de acordo com o interesse do usuário em um determinado momento que ele chega, mas ele vai modificando ao longo do tratamento... algo que teve indicação no início não vai ter indicação para sempre, ou algo que ele desejava no início não vai desejar para sempre, e ele inserido no serviço vai começar a ver outras coisas que também tem, e que ele não faça parte e tenha desejo de participar. Então essas reuniões da equipe com os usuários, revisando e sempre tendo esse cuidado e esse olhar de ver se está sendo correspondido, se eles estão gostando, se eles querem permanecer naquilo, se tem desejo de modificar isso, sendo reconstruído de momento a momento auxilia muito na manutenção dessa adesão né...

Encontra-se aqui a importância em reconhecer os diferentes aspectos que compõem os processos de saúde-doença e da atenção ao sofrimento, dando a devida importância à escuta e à análise de cada caso singular, a partir do compartilhamento de experiências e expectativas entre a equipe e os usuários. Campos (2002) indica que a clínica do sujeito só é possível nesses termos, a partir do trabalho em equipe e de um agir comunicativo a fim de viabilizar tanto a vinculação dos sujeitos com o serviço quanto às suas possibilidades de autonomia para criação de novas perspectivas para si.

Percebe-se a importância atribuída ao sujeito com a sua escuta e de seu tratamento, tendo no modo Psicossocial a necessidade de um investimento fundamental na mobilização do sujeito como participante principal no seu processo de tratamento, considerando toda sua dimensão orgânica e sociocultural (COSTA-ROSA, 2000). Entretanto, compreendendo o sofrimento psíquico enquanto um processo social, onde o sujeito não é sozinho em sua condição, é necessário que se inclua no tratamento outros atores que fazem parte dessa rede, desde familiares até outros sujeitos que compartilham de problemas e questões similares; Costa-Rosa (2000) aponta que as formas de participação da família e do grupo ampliado no tratamento podem ser várias, e superam profundamente a postura assistencial orientadora de características do modo Asilar. Assim, dentro da categoria **cuidado voltado ao coletivo**, P_x pôde colaborar:

Sai um pouco do ambulatório, que fica mais no individual, e trabalha mais a coletividade. Traz mais a troca entre as pessoas, pensar mais no social, pensar mais nessa coletividade das pessoas em grupo, que tem... claro, tem pessoas que se beneficiam dos atendimentos individuais, mas a gente percebe que o trabalho em grupo trabalha muitas questões um escutando o outro, ou as vezes em uma oficina [...] às vezes uma atividade que é simples né tipo a pintura, é terapêutico, traz uma tranquilidade, quando tá pintando ali tá trocando uma ideia com os outros usuários e com os técnicos, tá pensando em várias coisas... e essa troca entre as pessoas acaba se tornando muito legal [...] no final aquela pessoa que estava muito mal antes saiu dali sentindo-se apoiada, sentindo-se empoderada... essa troca entre os usuários é muito rica.

Em consonância com o proposto por Costa-Rosa (2000) acerca do modo Psicossocial, percebe-se que há aí um deslocamento fundamental da posição do sujeito em relação ao seu tratamento e em relação à instituição. Pode ser vista que a consideração dos espaços de convivência abertos como essenciais no processo de cuidado dos usuários movimenta a clínica para um outro caminho, mostrando que nem sempre é dentro de um consultório fechado que o sujeito terá seus processos de melhora.

Relacionado a busca da convivência, pode ser destacado que as trocas entre os usuários, as interações dos sujeitos com o espaço da instituição e com os técnicos no jardim ou nos corredores, são ações fundamentais para uma clínica que se movimenta, indicando que o espaço de cuidado do CAPS funciona num movimento circular constante, sem ter por objetivo vigiar, mas sim fazer companhia, apoiar e orientar, sempre envolvendo a participação daqueles que são os maiores interessados - os usuários (LOBOSQUE, 2003). Partindo da consideração das necessidades dos usuários, que se movimentam pelo serviço e do respeito à liberdade, tem-se que uma das principais funções das práticas de cuidado no CAPS “é a arte de fechar apenas o estritamente necessário para que se possa abrir sempre mais, e logo a seguir” (LOBOSQUE, 2003, p. 25).

De forma a promover a abertura e movimento indicado por Lobosque (2003), no modo Psicossocial é esperado que as diferentes possibilidades de ação com os usuários englobem desde a atenção a esses sujeitos em momentos de crise até o reconhecimento da implicação familiar e social nos problemas individuais que acometem cada um, apostando que todos possam assumir parte do compromisso na atenção e no apoio (COSTA-ROSA, 2000). Nesse sentido, organizou-se a categoria **extensão do serviço aos familiares**. Pensando na atenção psicossocial, Amarante (2015) aponta que o que se pretende é uma rede de relações entre os sujeitos que vivenciam as problemáticas, sujeitos que escutam e sujeitos que cuidam, mas sempre tendo como norte as necessidades do usuário em primeiro lugar. Nesse sentido, Px coloca:

O que a gente procura fazer aqui para aproximar a família é que sempre que a gente faz um grupo com o usuário, que a gente conhece e vai fazendo a primeira avaliação, depois também tentar fazer a escuta do familiar. Lógico que a gente prioriza a escuta do usuário do serviço, mas a gente também conversa com o familiar para poder entender aquela situação e ver como que o familiar vê aquele sujeito, como ele lida com essas situações. [...] a gente percebe que quando a pessoa entende o que o seu familiar tem, quando a pessoa consegue compreender as estratégias e de que forma ela pode lidar com ele nas situações que trazem angústia e conflito, e acabam lidando de uma maneira mais tranquila, isso faz com

que o sujeito saia mais rapidamente da crise e evite também essas internações, melhorando muito a resposta terapêutica do tratamento que a gente realiza quando realmente existe um suporte efetivo da família né.

Conforme aponta Costa-Rosa (2000), aqui dá-se ênfase ao pertencimento do sujeito a um grupo social e familiar, não sendo apenas o sujeito em sua dimensão individual que deve ser envolvido no cuidado, mas toda a sua rede implicada enquanto agentes das mudanças buscadas. Em relação aos casos de usuários com os vínculos familiares e sociais fragilizados, Px destaca:

Não são todos os usuários que têm um vínculo familiar fortalecido, grande parte tem um vínculo familiar fragilizado, então é nosso papel também tentar fortalecer esse vínculo, sempre respeitando o usuário e até onde ele permite que a gente vá, e também a autonomia dele... mas esse usuário que vem aqui, depois ele vai voltar pra casa dele né, e ter a vida dele... então se a gente não se aproximar dessa realidade dele, do contexto familiar, que muitas vezes tem questões de violência e muitas outras questões a serem trabalhadas, a gente não vai conseguir alcançar 100% essa pessoa.

Seguindo com as considerações de Costa-Rosa (2000) em relação ao modo Psicossocial, deve-se olhar com atenção para questões relativas à reinserção social dos sujeitos atendidos dentro do serviço, tendo em vista que muitas vezes as problemáticas com as quais ele chegou até a instituição não são as responsáveis pela sua saída do convívio social, e sim o contrário. Para além da consideração da reinserção social através do trabalho, se faz essencial o olhar para as relações do sujeito com o meio em que está inserido - seja familiar ou com os outros atores de seu território - que compõem aquele processo de sofrimento. Conforme colocado por Px, o fortalecimento de vínculos desse sujeito com seu grupo familiar se coloca como uma importante estratégia para o cuidado do mesmo, pensando em seu bem estar para além dos espaços do serviço. Amarante (2015) aponta que o tema da família deve ser nuclear nas práticas em saúde mental, uma vez que não há desinstitucionalização possível sem a participação efetiva dos familiares, conforme demonstra Px:

No caps a gente lida com muito paciente grave em situação de crise, e muitas vezes a família antes de buscar o serviço já pensa que uma situação de crise é uma situação que precisa ser levada a nível hospitalar para uma internação, que precisa de um hospital psiquiátrico, e quando há uma aproximação da equipe com a família, o familiar acaba entendendo que em determinadas situações ele pode vir aqui, ser atendido em uma situação de crise, e que não necessariamente ele precisa buscar uma internação.

Silva (2007) indica que o ponto de partida para construção dos comportamentos desviantes enquanto foco das intervenções psiquiátricas, e na criação de demandas de internações psiquiátricas, situa-se primeiro em marcadores sociais do que em fatores clínicos, compreendendo que todos os fatos psíquicos são fatos sociais. As buscas por ajuda e, conseqüentemente, a demanda por internações psiquiátricas, passam a ser mais frequentes quando as alterações do funcionamento psíquico ultrapassam certo patamar de crítica social. E ainda ao lado dos componentes psíquicos do sofrimento daquele sujeito caminham “vultosos elementos de administração de situações sociais complexas que não são compatíveis com as simplificações analíticas e institucionais mormente encontradas na estruturação dos dispositivos clínicos tradicionalmente disponíveis” (SILVA, 2007, p. 41).

Nesse primeiro elemento analisado no CAPS estudado, qual seja, os objetos e meios de trabalho, pode ser constatado que são notórios os esforços empreendidos pelos agentes do CAPS em busca do meio de serviço que Costa-Rosa (2000) coloca correspondente ao Paradigma Psicossocial. Utilizando de meios de trabalho e de formas de relação com o objeto que promovam a desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva e sociocultural dos usuários, afastam-se radicalmente dos modos de produção de saúde do Paradigma Asilar, que fundamentam-se na hospitalização, na medicalização e na objetificação do sujeito que sofre.

Pode-se ver no trabalho comunicado a correspondência sobre o que seja a busca pelo alcance à complexidade do objeto de trabalho, utilizando um conjunto de estratégias e possibilidades que transcendem os limites da disciplina, da academia e das instituições que moldaram as formas reducionistas de olhar para os fenômenos com os quais se pretendem intervir. A aposta na produção de espaços de sociabilidade dentro dos serviços, bem como a criação de dispositivos que promovam o acolhimento e a convivência dos usuários e de seus familiares se fundam na potência dos vínculos sociais como elementos fundamentais para a vida dos sujeitos e para superação do modo Asilar (SILVA, 2007).

3.2 FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO DISPOSITIVO INSTITUCIONAL ALCANÇADAS PELOS PROFISSIONAIS DO CAPS

Costa-Rosa (2000) propõe o segundo parâmetro para análise das formas de trabalho em saúde mental de forma a elucidar as formas de organização dos dispositivos institucionais, considerando a instituição como uma intermediária necessária nos tratamentos psíquicos e na saúde coletiva. Aqui, consideramos categorias referentes ao modo de divisão do trabalho interprofissional

e à caracterização dos fluxos de execução dos serviços, que condizem com as diferentes possibilidades de metabolização do poder que se atualiza no serviço (COSTA-ROSA, 2000).

As transformações da forma de trabalho, que buscam ultrapassar o Paradigma Asilar em direção ao Paradigma Psicossocial, têm respaldo nos pressupostos da reforma sanitária, em sua relação direta com a Reforma Psiquiátrica, sobretudo no que diz respeito à descentralização, que propõe a horizontalização dos macropoderes que dá aos municípios o direito de gerir seus recursos e demandas, e às propostas de participação popular e democratização de gestão no âmbito dos sistemas de saúde e das unidades institucionais (COSTA-ROSA, 2000). Por conta, as práticas nos serviços advindos da Reforma Psiquiátrica também operacionalizam mudanças significativas na organização de sua gestão, fundados na ética que o Paradigma Psicossocial têm imprimido em suas ações de transformação nas estruturas internas de micropoderes, numa busca pela horizontalização das relações de poder entre os trabalhadores e usuários (COSTA-ROSA, 2000).

Nesse sentido, organizou-se a categoria **busca de forma democrática de gestão do serviço**, onde Px falou sobre a definição da coordenação do serviço a partir do diálogo com a equipe, havendo uma preocupação a respeito do prosseguimento das atividades nos moldes desejados por toda a equipe:

Sabe-se que ele [*antigo coordenador*] sugeriu três nomes da equipe, levou para gestão, a gestão acataria um deles ou alguém de fora. [...] O CAPS responde a um departamento dentro da secretaria [de saúde], que é a secretaria de atenção psicossocial. Discutiu-se os nomes com a equipe, para que não fosse definida a coordenação sem o debate com todos.

Costa-Rosa (2000) indica que os dispositivos do modo Psicossocial instrumentalizam todas as dimensões da instituição a serviço da técnica, e, acima de tudo, da ética, inclusive nas formas a nível de organização do serviço. Opondo-se por completo do modo Asilar, onde tal organização pode ser considerada de natureza morta e de mero suporte das relações sociais e intersubjetivas, o modo Psicossocial é colocado à todo momento a serviço das práticas de atenção (COSTA-ROSA, 2000). Nesse caso, através de processos decisórios pautados na amplitude da visão dos atores envolvidos, da ponderação a respeito das práticas de cuidado almejadas pela equipe e do cuidado em evitar o retorno de lógicas de características asilares para o serviço.

A constituição de equipes multiprofissionais foi um ponto muito promissor no sentido de mudanças na forma dos serviços dentro do percurso da Reforma Psiquiátrica, conforme aponta

Yasui (2010); entretanto, de acordo com o autor, há diversos empecilhos podem surgir para concretização do trabalho interdisciplinar, transformando-o em um dispositivo burocrático. Os pontos indicados por Yasui (2010) incluem a reprodução da divisão social do trabalho no campo da saúde, tradicionalmente hierarquizada em torno do saber médico-psiquiátrico. Obedecendo a uma racionalidade do modelo médico hegemônico que organiza as práticas em saúde mental por atividades curativas, assistenciais, individuais e especializadas, tal forma de organização das atividades institucionais se amparam no modo Asilar, tais práticas não atendem as estratégias de pensar em ações preventivas, de atenção integral, trabalho em equipe e práticas coletivas em saúde propostas pelo Paradigma Psicossocial. Pensando nisso, Px contribui acerca dos processos decisórios das atividades do CAPS através das reuniões de equipe:

No CAPS a gente tem uma política interna nossa que a gente acredita muito que a atividade ela vai funcionar bem não só quando o sujeito participa, mas quando a pessoa que coordena a atividade faz algo que seja da vontade dela fazer, a gente não pode impor [...] sem que a pessoa conheça ou tenha atividade com o tema. Então quem determina qual atividade vai ser feita é quem vai coordená-la. [...] É lógico que tem duas coisas que são levadas em consideração, primeiro o perfil de quem vai fazer e o interesse dele naquilo, e segundo que a atividade seja importante para o serviço. Não tem como fazer algo que não tenha nada a ver com o serviço e que os usuários não queiram, então a gente presta muita atenção nessas duas coisas. Pensamos nos objetivos, e dependendo dos objetivos daquela prática que está sendo proposta e a partir disso a gente discute [...] e no momento que a equipe faz uma avaliação e vê que o sujeito se enquadra naquilo a gente oferece para o sujeito para ver se ele tem interesse e gosta de fazer, e a partir daí pensamos as possibilidades dentro do que a gente tem.

É notório o movimento feito para realização de atividades que atendam às demandas dos usuários e o potencial de criação e invenção dos próprios trabalhadores, a fim de contribuir com o cuidado integral daqueles que ali são atendidos. Fugindo da racionalidade médico-centrada, as atividades são decididas coletivamente e constroem possibilidades para as diversas formas de fazer e pensar saúde mental. Aproveitam-se as habilidades próprias de cada profissional, e o conjunto de técnicas e saberes que dispõe para produção de cuidado, articulando isso à transdisciplinaridade e aos encontros que são proporcionados no cotidiano do serviço, que tem potência de (re)inventar diferentes e diversas ferramentas para a atenção aos usuários (YASUI, 2010).

Ainda relativo à um princípio de democratização nas decisões realizadas no serviço, organizou-se a categoria **definição do PTS em conjunto com equipe multiprofissional e usuário**, onde Px discorre:

Nós temos três tipos de reunião de discussão de casos, um é o grupo multiprofissional que é dividido em distritos, e a partir do momento que o usuário entra no serviço e é avaliado que ele vai permanecer dentro do caps ele é direcionado a esse grupo multiprofissional. Então nesse grupo a equipe toda, todos os membros que compõem a equipe técnica de referência [...] junto com o usuário fazemos uma avaliação dele e naquele momento a gente determina os agendamentos de outras avaliações ou atendimentos e o PTS. A gente constrói isso junto com o usuário, a gente não chega e fala ‘você vai fazer isso’, a gente oferece. Então você trouxe essa e essa informação, ‘a gente acha que tais atividades seriam interessantes de você participar, tal grupo tem essa proposta, tal objetivo, você tem interesse em participar, você quer?’ Ai se a pessoa não tem interesse ou tá em dúvida a gente incentiva a experimentar e ir avaliando se ela quer participar, se ela gostou se não gostou... então a gente discute isso com o usuário.

O relato anterior é exemplo sobre o modo Psicossocial enfatizar a participação da clientela efetiva e da população na composição dos seus serviços (COSTA-ROSA, 2000). Dessa forma, a atividade dos usuários na constituição do próprio processo de cuidado implica em uma mudança fundamental na organização do dispositivo, tendo em vista que a partir - também - desses espaços abrem-se as possibilidades de organização e de articulação dos usuários, em caminho de viabilizarem necessidades identificadas dentro das discussões entre os usuários e com a equipe. Costa-Rosa (2000) completa que não basta esses espaços serem apenas democráticos, mas se espera que a participação dos usuários promova a autogestão, a partir dos conselhos e assembleias, promovendo um exercício de diálogo horizontal que rompa com o imaginário institucional autoritário e repressor característico do Paradigma Asilar.

A respeito ainda de um trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar, Px diz:

A outra coisa é essa questão dos saberes, quando a gente se propõe a fazer um grupo multi para pensar PTS, que inclui pensar medicação, e a gente faz isso em vários profissionais junto com o paciente, eu acho que isso aponta para uma outra direção de trabalho, e uma outra relação entre os saberes, ainda que eu não ache que ela seja igualitária, mas acho que isso aponta para uma direção em querer fazer isso de um outro modo, e poder fazer na maioria dos momentos.

Relacionado a isso, Yasui (2010) indica que o trabalho em equipe é aquele onde os profissionais apostam em uma posição de humildade frente ao sofrimento do outro, a partir da abertura para o diálogo para contemplar a complexidade desse objeto. Isso interfere nos processos de trabalho construídos no serviço, tendo em consideração todos os fatores transversais que atravessam o trabalho em saúde mental e a participação efetiva dos usuários, familiares e comunidade, implicando numa responsabilidade maior de cada profissional tanto na gestão das atividades do serviço quanto nos projetos e processos de cuidado (YASUI, 2010). Pode-se pensar

que “apenas o diverso e o múltiplo para ‘dar conta’ da complexidade do singular que se apresenta na demanda daqueles que buscam os serviços de saúde mental” (YASUI, 2010, p. 148).

Assim como a construção dos PTS desenha-se enquanto uma proposta de ações pautadas entre os diversos atores do CAPS, a partir das necessidades do usuário, é essencial que se pense também a respeito da formação e da qualificação dos profissionais que atuam no serviço em vias de propiciar a forma de trabalho Psicossocial. Dessa forma, organizou-se a categoria **reuniões clínico-institucionais para debate dos casos complexos**, onde Px diz:

As reuniões clínico-institucionais têm sido extremamente valiosas, tanto para gente se pensar no processo, quanto para pensar alternativas clínicas para atendimento de determinados casos que se tornam paradigmáticos, ou seja, se tornam referência para outros casos.

Pensando ainda na importância do trabalho em equipe, Px acrescenta:

Eu acho que esse espaço é muito fundamental para que a gente possa fazer CAPS, porque primeiro de tudo caps pra mim é equipe, de trabalho... é isso que faz um CAPS ser ou não ser CAPS, é o quanto a gente consegue trabalhar em equipe, e é por isso que a gente precisa de um serviço assim... se as demandas que a gente recebe pudessem ser atendidas individualmente a gente não precisaria ter CAPS. Se a gente precisa desse tipo de serviço é por uma outra lógica, então isso é fundamental. Desde que a gente discute processos de trabalho, foi uma coisa que a gente foi fazendo, experimentando e revendo, então é um espaço que é pra isso. [...] Mas a gente também parte muitas vezes de casos específicos na supervisão, a partir de casos que são difíceis e que tem um impasse da equipe, a dificuldade vem desses impasses, que a gente vê que não tá dando, e aí temos esse espaço para pensarmos juntos.

Costa-Rosa (2013) aponta que a interprofissionalidade pode ter correspondência em suas características gerais com a estrutura paradigmática dos dois paradigmas que se colocam em disputa pela hegemonia da gestão no campo da saúde mental, e que os avanços do Paradigma Psicossocial dependem do posicionamento ético e lógico de tais práticas em tal caminho. A introdução de modos de gestão e discussão horizontais, que fogem da estrutura hierarquizada piramidal do modo Asilar, trazem consigo as possibilidades e condições necessárias para a viabilidade da participação protagonista e desejante que regem a ética da Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013).

Em vias de compreender como é possível tal horizontalização institucional, Costa-Rosa (2000) demarca a diferenciação entre o poder decisório e o poder de coordenação, onde o primeiro se dá pelas reuniões gerais da instituição, enquanto o segundo é um poder dado em representação,

com o intuito de coordenar e promover ações conjuntas com outros serviços ou com outras instâncias de gestão.

Yasui (2010) indica que o processo da Reforma Psiquiátrica não pode ser diminuído à implantação de determinado serviço, sob o risco de reduzir sua complexidade a uma reforma administrativa e tecnocrática. O CAPS deve ser compreendido enquanto uma estratégia de transformação do modelo assistencial de rompimento com o modo Asilar, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho e constituindo uma rede de produção de cuidados ampla e forte, articulada a outras políticas públicas e aos mais diversos segmentos da sociedade (YASUI, 2010). Entretanto, essas articulações se enfraquecem quando não há uma participação efetiva do Estado com o cumprimento de políticas públicas, e a partir disso, a categoria **manutenção de posição crítica à gestão municipal** foi organizada. Sobre ela, Px diz:

A gente não tem uma estratégia institucional, até porque a gente carece de recursos para isso, pensando em como a política vem se dando mesmo de como se faz isso. Então em vários momentos a gente discute a questão da economia solidária, mas não temos financiamento ou recursos para isso. Já fizemos muitas tentativas aqui que são muito particulares e restritas ao CAPS, que tiveram efeitos muito importantes, mas que acabam sendo reduzidos porque temos essa dificuldade de financiamento, de espaço e de isso não ser uma política realmente que efetive esse tipo de coisa, então acaba sendo muito coisas que a gente tenta aqui fazer, e acho que com algum sucesso, mas reduzidas.

Yasui (2010) indica que articular ações em saúde integradas aos campos da educação, cultura, habitação, lazer, trabalho, entre outros, implica em construir um processo que envolve o diálogo direto com atores externos ao serviço, reconhecendo as especificidades e diversidades de cada campo. Se explicitam os conflitos e os interesses do campo social ao negociarem, pactuarem ou negarem o acesso à tais ações, produzindo (des)encontros ao redor dos temas que perpassam tais campos e que constituem as contradições dos paradigmas de atenção em saúde mental. Px contribui:

O CAPS ele atende sim urgência, mas ele não é um serviço de urgência. [...] a gente faz questão de estabelecer um espaço de convivência dentro do CAPS, essa é uma função das mais importantes do CAPS, que as pessoas venham e que elas possam encontrar outras pessoas com as quais elas possam conversar, com quem elas podem fazer projetos, planos, namorar... mas isso é fundamental pro CAPS, e o gestor insiste em querer fazer do CAPS um ambulatório, que as pessoas venham, sejam atendidas e vão embora o mais rápido possível que é pra não criar vínculo com o CAPS. [...] A principal estratégia que eles usam para isso é reduzir o número de técnicos, deixar a equipe bem reduzida para que se obrigue que os

pacientes circulem. Passamos por um perrengue na pandemia, o CAPS chegou a ser fechado alguns dias porque não tinha gente pra trabalhar. A partir daí, a associação tomou a frente e nunca tivemos uma equipe tão grande como hoje.

Em face dos parâmetros que se referem às “formas de organização dos dispositivos institucionais”, a participação de outros segmentos sociais para viabilização de ações que transcendam a clínica tradicional ficam prejudicados em decorrência de problemas com a gestão municipal, pela falta de recursos financeiros e da efetivação de políticas públicas que somem nas políticas de saúde mental do município. Tendo isso em vista, o Paradigma Psicossocial se faz presente no serviço a partir da autogestão, da participação interna dos agentes do CAPS e da interdisciplinaridade, opondo-se substancialmente ao Paradigma Asilar que tende à estratificação institucional, à heterogestão e à disciplina dividida por especialidades (COSTA-ROSA, 2000).

3.3 MODALIDADES DO RELACIONAMENTO COM OS USUÁRIOS E COM A POPULAÇÃO COMPREENDIDAS PELOS PROFISSIONAIS DO CAPS

Seguindo a análise em relação aos parâmetros de cuidado em saúde mental propostos por Costa-Rosa (2000), o presente capítulo visa identificar como o Paradigma Psicossocial se faz presente nas práticas do CAPS em relação às suas modalidades do relacionamento com os usuários e com a população. Serão consideradas aqui as formas como a instituição se apresenta e se situa no espaço da cidade, bem como até que ponto os seus recursos mantêm conexão com as possibilidades de interferir nas demandas do serviço (COSTA-ROSA, 2000).

No modo psicossocial, as instituições adquirem características de espaços de interlocução através de seus agentes, por meio das formas de relacionamento do serviço com a clientela (COSTA-ROSA, 2000). Dessa forma, diferencia-se fundamentalmente em relação ao modelo asilar, tendo em vista que essa interlocução coloca em cena as subjetividades dos envolvidos e as práticas de intersubjetividade horizontal, sendo a fala do usuário considerada, ouvida e acolhida no diálogo; “o sujeito trabalha na fala - e se isto não é novo no que diz respeito ao saber presente no campo, seguramente é nova a tentativa de ser consequente com essas hipóteses em propostas de saúde coletiva” (COSTA-ROSA, 2000, p.161). Dessa forma, foi organizada a categoria **democratização nas decisões de funcionamento do serviço**, onde sobre a participação dos usuários nos processos de decisões do CAPS Px fala:

A gente tem a assembleia dos usuários, então onde os técnicos, usuários e familiares pactuam algumas combinações do serviço, a gente traz o funcionamento do serviço, mudanças e etc... a equipe técnica traz isso e os usuários trazem as demandas. [...] A lógica da assembleia é que tudo seja pactuado no coletivo. É aberta, então se o usuário tem alguma sugestão pra fazer, ele faz e a gente vota. Então nós, técnicos, trazemos a forma que estamos funcionando, [...] a gente explica como que a gente pensou o processo de trabalho. Aí eles trazem “ah mas e se fosse de tal e tal jeito?” bom, acho legal, então a gente leva pra discussão técnica também, então tudo a gente tenta votar no coletivo.

Lobosque (2003, p. 183) aponta que “só se pode falar em processos de subjetivação quando se consideram as diversas maneiras pelas quais os indivíduos ou as coletividades se constituem como sujeitos”. Compreende tal processo como eminentemente político: acontece quando os sujeitos - sozinhos ou em sua coletividade - escapam aos saberes constituídos e aos poderes dominantes. Construir um novo fazer em saúde mental dentro do Paradigma Psicossocial está em contramão à lógica de dominação e exclusão da loucura colocada no campo social e que tenta se infiltrar nas instituições, manicomializando as estruturas internas de relação do serviço com seus usuários.

Lobosque (2003) indica também que os profissionais envolvidos no campo da saúde mental podem recorrer à diversas práticas, ações e dispositivos que rompam com o monopólio das técnicas e dos discursos da subjetividade. Isso pode se dar por meio de processos de subjetivação que reinventam a política e o imaginário das estruturas sociais, especialmente dentro da organização, por meio do incentivo e da promoção de ações políticas junto dos usuários, deixando de lado as estruturas asilares em busca de dar lugar à afirmação do desejo dos usuários.

Para além das movimentações de usuários em caminho da autonomia e participação na gestão interna do serviço, se faz necessário pensar a atuação política dos atores do CAPS no campo social, sendo organizada assim a categoria **exercício do controle social**. Amarante (2015) aponta que o envolvimento da sociedade nas discussões referentes à Reforma Psiquiátrica é um dos pontos fundamentais incluídos na dimensão sociocultural da Reforma, com o objetivo de provocar o imaginário social para refletir sobre os temas referentes à loucura, saúde mental e sobre a agência de todos os atores sociais como envolvidos nesses temas.

A participação social nas políticas de saúde teve um impulso decisivo a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir da Lei 8.142 foi reconhecida como “controle social”, demarcando o lugar do usuário na fiscalização e na gestão dos serviços. A respeito dos benefícios da organização dos usuários via associação, Px diz:

Eu sei que isso [*participação no controle social*] contribui muito para o funcionamento do CAPS, porque acaba exigindo um trabalho no sentido de... por exemplo, teve um momento que o caps quase fechou porque não tinha profissionais... então acaba exigindo RH, qualidade, a reforma do casarão... eu sei que a associação [*dos usuários*] tá bem a frente disso, que eles vão lá fiscalizar a obra e tudo mais... mas contribui muito para qualidade do serviço em si, e para aproximar também o usuário para ele dar a opinião dele sobre aquilo, porque esse serviço só existe porque temos nosso usuário, então o usuário faz parte do serviço também, para construir junto de uma forma democrática.

O cuidado em relação ao serviço compartilhado entre trabalhadores, usuários e grupo social, através do controle social, faz valer as considerações acerca da interlocução entre os diferentes atores do CAPS com o campo social, colocado por Costa-Rosa (2000) como essencial ao Paradigma Psicossocial. As discussões realizadas nos espaços de organização dos usuários (assembleias, conselhos e grupos) trazem benefícios múltiplos que possibilitam o deslocamento dos sujeitos para um lugar de sujeito de direitos e de promoção de cidadania. Assim, a categoria **associação entre os usuários e promoção de ações políticas** foi organizada, onde Px contribui:

Então, esse é um tipo de atividade [*assembleias, conselhos, etc*] que ressalta esse lugar de cidadania, esse lugar de poder negociar em nome próprio... poder, de uma certa maneira [...] garantir que o outro o ouça... e esse lugar da cidadania, embora na minha concepção não seja apenas o reconhecimento político da cidadania, isso certamente tem efeitos sobre o sujeito, quando ele começa a se enxergar como um sujeito de direitos. [...] Então vemos com uma certa frequência alguns usuários que começam a se deslocar de uma posição de... de pedintes, quase, esperando que alguém os reconheça como merecedores de ajuda, para uma posição de sujeito mesmo, de sujeito de direitos... tá, o Estado não está me fazendo um favor né, é isso que ele tem que fazer... ele tem que me fornecer os recursos de saúde que eu preciso... então você vê alguns usuários que vão mudando a sua forma de se relacionar com os outros, com o Estado, com a vida né, e até com o CAPS mesmo, até com o serviço.

Lobosque (2003) coloca que a inclusão, ou a luta pelo fim da exclusão, pode apresentar-se como acolher, fazer caber, criar um lugar, dando a esse espaço um lugar plenamente político, onde não trata-se de oferecer algo que pediram e que falta, mas de conquistar o lugar, de dar a palavra, de acender a voz. A potência de transformação se dá justamente no deslocamento da posição subjetiva do usuário, ao apropriar-se do direito de decidir por si sobre as coisas que dizem respeito a ele, através dos espaços de promoção de cidadania criados coletivamente e que buscam tomar os processos de inclusão no campo real. Px diz:

A gente precisa trabalhar essa facilidade de acesso, mas essa autonomia também de que você tem que entender seus direitos, reconhecer que ter um transtorno mental faz parte da sua vida, mas que você não é o transtorno e de que você não é o CAPS. Então é difícil trabalhar isso com a sociedade e também é difícil trabalhar isso com o usuário, é algumas vezes né, a sociedade quer inserir que ele é o esquizofrênico, é o depressivo... então a gente tenta construir isso de maneiras diferentes.

Os debates políticos transcendem os temas que se relacionam meramente às políticas públicas ou as esferas estatais, buscando a promoção de uma mudança de racionalidade no grupo social maior, conforme pautado pelos temas decorrentes da Reforma Psiquiátrica e colocado pelo Paradigma Psicossocial. Costa-Rosa (2013) considera que a Reforma se configura não apenas como uma mudança de setores e de substituição de serviços, mas sim como um processo político de múltiplas transformações sociais, o que também é consonante com Yasui (2010).

O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade. (YASUI, 2010, p. 32).

Costa-Rosa (2000) indica que uma das decorrências da característica de interlocução do Paradigma Psicossocial é a dimensão das ações em saúde coletiva, onde a instituição deve ser capaz de pensar seu funcionamento como ponto de fala e escuta da população sem tornar-se apenas um locus depositário, como no modo Asilar. Dessa forma, o caráter de um serviço que seja territorializado se faz fundamental para que as demandas dos usuários possam ser avaliadas e, quando necessário, referidas a outras instâncias, sejam elas serviços da Rede de saúde ou da sociedade como um todo. A esse respeito, foi organizada a categoria **articulação com outros serviços da rede**, onde Px coloca:

Penso que o caps é um lugar privilegiado nisso, embora ele possa em uma medida não ser o único. Quando a gente faz um trabalho de rede é também tentando que essas diretrizes da atenção psicossocial possam permear de algum modo a atenção básica, outros pontos da rede, inclusive a rede hospitalar, então há essa tentativa. Mas acho que temos um privilégio sim na forma como o serviço é constituído para podermos viabilizar isso. E a loucura também, pensando na loucura e na psicose como um dos cuidados que a gente faz aqui, eu acho que ela também nos impõe

um outro tipo de modo de funcionamento, que está muito implicado nas diretrizes da Atenção Psicossocial.

Amarante (2015) aponta que os serviços de base territorial são capazes de criar novas possibilidades a partir de suas relações com os vários recursos existentes em sua comunidade, e a busca constante do CAPS em relacionar-se com a exterioridade do serviço demonstra isso. Entretanto, um grande desafio enfrentado está na possibilidade de encontrar ações civis e alianças sociais que tornem possível a invenção de tais estratégias de Atenção Psicossocial, incluindo as pessoas que estão em acompanhamento no CAPS em suas variadas formas de sociabilidade existentes ou que venham a ser criadas através da intersetorialidade (AMARANTE, 2015).

A intersetorialidade engloba os diferentes setores sociais, tanto no campo da saúde mental, passando pela saúde geral, por outras políticas públicas e pelo campo social como um todo. Os serviços de saúde mental que servem à Atenção Psicossocial precisam se articular com esses outros serviços dependendo da demanda do usuário que se apresenta, em busca de vínculos que complementem e ampliem os recursos ali existentes. Sobre essa articulação, Px diz:

Aí tem uma outra parte que as equipes multi fazem que é as articulações de rede. Então, seja acompanhar o usuário para conseguir algum benefício, seja articular com o conselho tutelar junto com uma mãe que está com a gente, quando o conselho acha que tem que tirar a guarda dessa criança, aí vamos lá e discutimos os benefícios para as duas pessoas. [...] o acompanhamento é com a gente, mas sempre tentamos fazer compartilhado com os outros serviços da saúde, independente de ser de Rede, uma coisa pensando no olhar do usuário também e a gente precisa construir isso com os profissionais da rede, pensando que o paciente não é do CAPS, [...] o paciente é da Rede, e o inverso também, que o usuário saiba que ele tem direito de estar em qualquer outro ponto da Rede como qualquer sujeito de direito.

Corroborando com o colocado por Amarante (2015), a organização das ações em saúde mental e atenção psicossocial em rede possibilita a formação de uma série de pontos de encontro, de trajetos de cooperação e de simultaneidade de iniciativas e de atores sociais envolvidos no cuidado dos sujeitos. O paradigma Psicossocial propõe justamente isso, a organização das ações em equipamentos integrais, que consideram as relações do território e das políticas públicas como parte do processo terapêutico e dos fazeres de cuidado, não sendo mais as instituições do Paradigma Psicossocial caracterizadas pela interioridade e pelo caráter fechado, como no modo Asilar, e sim como caminhos onde se entrecruzam as linhas de ação presentes no território, para onde podem convergir as necessidades da demanda social (COSTA-ROSA, 2000).

3.4 IMPLICAÇÕES ÉTICAS DOS EFEITOS DAS PRÁTICAS REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DO CAPS

Costa-Rosa (2000), em relação às implicações éticas das práticas realizadas no CAPS, coloca que o cuidado no modo Psicossocial não visa unicamente a supressão sintomática de forma direta ou como meta final dos tratamentos, como no modo Asilar. O que se busca diretamente é o reposicionamento subjetivo dos sujeitos, levando em conta as dimensões subjetivas e socioculturais.

Considerados em diferentes graus de possibilidades, tal reposicionamento deve ser pensado perspectivando uma ética que se abra da coletividade para singularização, tomando como eixo das dimensões do sujeito e de seus desejos, relacionando aspectos da vida relacionados àquilo que causa ao sujeito um sentido de ser e em relação àquilo que ele se move (COSTA-ROSA, 2000). Nesse sentido, organizou-se a categoria **desenvolvimento de projetos de geração de renda e socialização**, onde Px coloca:

O que temos aqui de reinserção social de outros usuários é de voltar ao ambiente de trabalho, de voltar a ter uma relação interpessoal com familiares ou com outras pessoas que não tem mais, de tentar articular, conversar, aproximar... então é um trabalho mais voltado a isso, de autonomia, de autocuidado, se você consegue cuidar e gerir a sua própria vida, as atividades de vida diária, então ver o que tem de dificuldade e tentar trabalhar essa autonomia, desde cuidados com higiene, alimentação, conversar com outras pessoas, caminhar no seu território, ir no mercado, as coisas do dia a dia mesmo que se tem dificuldade e trabalhar para ter essa autonomia né. [...] também articular com a família e com o território o que a pessoa pode fazer, trabalhar, participar de atividades e grupos de geração de renda, onde eles pudessem aprender e fazer determinados produtos para venda, utilizando daquilo como uma fonte de renda né, então o trabalho da reinserção social acontecia mais ou menos nesse sentido né.

Costa-Rosa (2013) diz que o ideário da Atenção Psicossocial se atravessa por uma diversidade de proposições relativas à recuperação dos direitos civis dos sujeitos em sofrimento, tendo grande relevância a retomada de seu protagonismo social, político e de seu poder de contratualidade social. Parece, na ética do modo Psicossocial, se fazer essencial a atitude da devolução, ao sujeito, de seu protagonismo e sua palavra, no sentido pleno do reposicionamento subjetivo aqui visado, fato alcançado a partir da postura de cuidado e das estratégias que foram sendo versadas pelos atores do CAPS até o presente momento nesta pesquisa.

Pensar a questão ética das práticas em saúde mental é, segundo Costa-Rosa (2000), imprescindível em especial no modo Psicossocial. A discussão que concerne tratamentos psíquicos em saúde coletiva já está, por si só, inserida no contexto das sociedades liberais, atravessadas simultaneamente por ideologias individualizantes e pelo Modo Capitalista de Produção, que abafa e dificulta o estabelecimento de relações intersubjetivas horizontais. Costa-Rosa (2000) indica que se designa, assim, uma ideologia imaginária de mobilidade, mas se funciona sob a pressão da hegemonia da imobilidade colocada pelo modo Asilar. A esse respeito, fora organizada a categoria **CAPS como promotor de autonomia na vida do sujeito**, onde Px diz:

Acho que a gente tem mais dificuldade de fazer o usuário entender que o caps é um momento da sua vida para alguns deles, do que a não vinculação.[...] de o usuário dizer “eu sou do CAPS”. [...] tem usuários que que estão no CAPS há 25 anos mas não estão em nenhum outro dispositivo da Rede... então a gente tem muito mais dificuldade em fazer com que os usuários sejam acompanhados pela Rede e que a rede entenda, por exemplo, a atenção primária, eles são os ordenadores do cuidado... então o paciente pode ter uma demanda de saúde mental e estar sendo acompanhado pela gente também, mas ser atendido em território.

A busca pela articulação do serviço com a Rede de forma a promover a circulação dos sujeitos por todos os dispositivos disponíveis a ele, desempenham uma tentativa ativa de movimento dos usuários entre suas possibilidades. Pode-se considerar também que tal caminho busca também a não cronificação da condição dos sujeitos ali atendidos, buscando as plenas condições de acesso à saúde integral de forma articulada e aberta.

O estudo acerca da dimensão ética das práticas no CAPS estudado mostra o quão pode se encontrar o fim último do trabalho pautado na construção de cidadania e autonomia dos sujeitos. Tal trabalho encontra correspondência ao que Costa-Rosa (2000) indica que a singularização dentro da perspectiva do Paradigma Psicossocial, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, deve ser buscada. Nesse trabalho há de se ultrapassar as barreiras do individualismo, colocando a ética no horizonte da singularização, da horizontalização e da interlocução ao implementar ações diversas da clínica ampliada em caminho de expandir sua ação para além dos muros do serviço, distinguindo-se assim do modo Asilar.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o contexto político turbulento que o país atravessa, é inegável que os ataques vindos do Estado e de algumas esferas representativas do campo da psiquiatria representam fortes

ameaças ao funcionamento dos CAPS, promovendo constantes desmontes em relação às ações de cuidado correspondentes ao Paradigma Psicossocial e incentivando práticas de ordem manicomial, que vão em direção contrária aos preceitos de Atenção Psicossocial e atenção integral à saúde postulados ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, é importante salientar que esta pesquisa não objetivou avaliar a qualidade do funcionamento de um CAPS, mas sim enaltecer a dimensão Psicossocial que ele cumpre dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, enquanto dispositivo contraditório ao manicômio no contexto atual.

A escolha metodológica de deixar evidente a busca por reflexões dos profissionais do CAPS acerca da importância do psicossocial em seu processo de trabalho e para atenção aos usuários do serviço assume, perante os participantes e aos leitores, o caráter eminentemente político das discussões acerca dos modos de produção em saúde mental. Costa-Rosa (2000) aponta que a potência de transformação e superação do Paradigma Asilar e o prosseguimento das ações Psicossociais só se dão através do debate e revisão constante de suas práticas.

Ao colocar sob análise como o Paradigma Psicossocial se faz presente nas práticas de um CAPS de Florianópolis, a presente pesquisa permitiu observar a complexidade e variedade de estratégias utilizadas pelos atores do serviço para atingirem tal forma de trabalho. Nesse trabalho, foi possível perceber a presença de características - tanto locais quanto conjunturais - que exprimem aspectos importantes acerca da forma como o serviço se movimenta, e que são consoantes com o que seja o Paradigma Psicossocial. Ou seja, tal serviço pode ser visto correspondente ao que nos indica Abílio Costa-Rosa em termos de conceituação de seu objeto e de intervenção, da forma de relacionamento do mesmo com os usuários e com a comunidade, das formas de organização da instituição e dos efeitos éticos que reverberam de suas práticas (COSTA-ROSA, 2000). Tais características são definidoras do modo Psicossocial, e de acordo com Costa-Rosa (2000), a elucidação de tais características básicas são essenciais para a continuação do avanço da Reforma Psiquiátrica.

Quando analisados os aspectos relacionados ao ‘objeto’ e ‘meios de trabalho’ do serviço, sobre os quais Costa-Rosa (2000) propõe a observação de fatores relacionados às concepções de saúde-doença-cura, bem como os meios e instrumentos utilizados para seu manejo, percebeu-se que as estratégias de cuidado utilizadas no serviço são fundadas na perspectiva da Clínica Ampliada, utilizando de tecnologias de cuidado diversas e do diálogo com os usuários e com a comunidade para construção e promoção de ações em saúde mental coletiva. É notório o

movimento realizado pelos profissionais do serviço para a criação de espaços de sociabilidade que promovam a vinculação, a circulação, a convivência e o acolhimento dos usuários no serviço, buscando a ampliação dessas relações também com os familiares e com a comunidade como um todo. Através de tais ações, este CAPS caminha a passos largos em direção ao Paradigma Psicossocial, através de uma forma de trabalho que promove a desmedicalização, a desospitalização e a implicação subjetiva dos usuários, afastando-se substancialmente da lógica manicomial medicalizadora e objetificadora do Paradigma Asilar.

Sob uma perspectiva das formas de organização dos dispositivos institucionais, onde devem ser considerados os aspectos relativos à forma de divisão do trabalho e ao fluxo de execução dos serviços, os resultados indicam que a democratização nas decisões relativas à gestão e às decisões dos processos de trabalho do serviço horizontalizam, até certo ponto, as relações de trabalho, deslocando-se da racionalidade médico-centrada característica do modo Asilar em direção a construção coletiva e interprofissional das práticas de trabalho, considerando inclusive a participação dos usuários e da comunidade nos processos decisórios. Tal relação corresponde ao parâmetro referente às modalidades de relacionamento com os usuários e com a população, onde os usuários participam da construção do serviço através do controle social e por meio de assembleias e associações de usuários. O incentivo à organização política dos usuários implica na promoção de cidadania, proporcionando um deslocamento subjetivo dos usuários, que passam a se apropriar de sua condição de sujeitos de direitos, que podem e devem decidir para si aquilo que os diz respeito, participando ativamente nas decisões da vida política e do cotidiano do serviço e de seu território.

Pode-se perceber que todas as ações citadas anteriormente implicam nos efeitos éticos das práticas realizadas pelo serviço, que através do trabalho voltado para construção de cidadania, autonomia dos sujeitos e da singularização e interlocução dos mesmos com o território, produzem efeitos que transcendem o espaço do CAPS. Ao criar articulações outras que transbordam o espaço da clínica tradicional, o serviço perde as características típicas do modo Asilar de *lócus* depositário da loucura, expandindo-se ao campo social e promovendo a circulação e independência dos usuários e familiares com a comunidade, efeitos almejados pelo Paradigma Psicossocial.

Os achados da presente pesquisa permitem ir ao encontro do que Yasui (2010) aponta ser a ruptura radical com o Paradigma Asilar. Tal ruptura não deve se restringir a um movimento apenas de recusa e denúncia, mas sim no engajamento implicado de todos os atores envolvidos no campo.

Ou seja, através de um movimento constante de crítica, (re)elaboração e superação, o processo da Reforma Psiquiátrica segue caminhando, buscando mobilizar os desejos dos atores e sujeitos na práxis do cotidiano do CAPS. Percebe-se, dessa forma, o que Costa-Rosa (2000) indica ser uma sintonia entre os quatro parâmetros em relação ao funcionamento no modo psicossocial, onde o exercício das práticas dentro de um proporciona a geração de novas possibilidades para outro, novas implicações éticas, e assim por diante. Não há avanço caso sejam investidos esforços em apenas um parâmetro, seja pelo acirramento das contradições institucionais ou pela conjuntura política vivida, considerando, assim, essencial a busca pelo cuidado integral dentro de todos os aspectos que compõem a instituição de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alexsandro Barreto et al . Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o Paradigma Psicossocial. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 4, p. 1035-1043, Dec. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 17 abr 2021.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

BASOLI, Laura Pampana; BENELLI, Silvio José. Medicalização como Sintoma Social Dominante: estratégias a partir do Paradigma Psicossocial. **Rev. Psicol.** UNESP, Assis , v. 18, n. spe, p. 217-242, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 04 de junho de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 02 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria no 366, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 20 abril 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002. Disponível em <<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>>. Acesso em 10 nov 2021.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/htjgj/pdf/amarante-9788575413197.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. A clínica integral: o Paradigma “Psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **A clínica psicossocial das psicoses: programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos**. Salvador: (editora), 2007.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 6aed. São Paulo: Hucitec, 1999.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: Por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MINAYO, Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 6aed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MOLCK, Bárbara Vukomanovic; SANTOS, Liamar Aparecida dos. Relato de experiência em Aprimoramento Profissional: mudanças na saúde mental de Assis rumo ao Paradigma

Psicossocial. **Rev. Psicol.** UNESP, Assis, v. 18, n. 2, p. 67-87, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr 2021.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2021.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka. **O Paradigma Psicossocial:** parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. **Rev. Psicol. UNESP, Assis** , v. 18, n. spe, p. 198-216, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SOUSA, Patrícia Fonseca; MACIEL, Silvana Carneiro; MEDEIROS, Katrucky Tenório. Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Acoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto , v. 26, n. 2, p. 883-895, jun 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200883&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Abr. 2021.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Loucura & Civilização collection.

APÊNDICE A - Construção do roteiro de entrevista

Quadro 2 - Processo de construção do roteiro de entrevista

Objetivo específico	Elementos do objetivo	Pergunta
Caracterizar como os diferentes elementos do conceituais do paradigma psicossocial se fazem presentes nas práticas dos profissionais dos CAPS;	Concepções do 'objeto' e dos 'meios de trabalho'	<ul style="list-style-type: none"> ● Quais são os tipos de práticas clínicas propostas aos usuários do CAPS? Como elas correspondem ao que seja psicossocial? ● Como as reuniões de equipe ocorrem para produzir o diálogo acerca do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico? Como são construídos os planos terapêuticos dos usuários nessa reunião?
	Formas de organização dos dispositivos institucionais	<ul style="list-style-type: none"> ● Como é feita a gestão das atividades do CAPS?
	Modalidades do relacionamento com os usuários e com a população	<ul style="list-style-type: none"> ● Como a integração da família dos usuários ocorre no serviço e a importância dela para a atenção às pessoas atendidas? ● Como as assembleias, conselhos ou algum outro tipo de organização de usuários se relacionam com as atividades do CAPS? Você saberia me contar um pouco como ocorre o diálogo da comunidade com o serviço?
	Implicações éticas dos efeitos de suas práticas	<ul style="list-style-type: none"> ● Quais as estratégias para reintegração social e exercício de cidadania dos usuários?

		<ul style="list-style-type: none"> • Vocês utilizam alguma estratégia para manter/reforçar os vínculos dos usuários com o serviço?
Identificar qual a concepção de Paradigma Psicossocial compreendida pelos profissionais do CAPS.	Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua visão, como essa forma de trabalho [psicossocial] diferencia-se de outras lógicas de atenção à pessoa com sofrimento psíquico.
	Atenção psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • O que você entende por Atenção Psicossocial? • Como vê a formação em sua área para alcançar essa forma de trabalho?

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.