



# PSICOLOGIA

## Argumento



periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento

## (Des)caminhos do cuidado em saúde mental: percepções de trabalhadores de centros de atenção psicossocial

*(Mis)paths of mental health care: perceptions of workers at psychosocial care centers*

*(Des)caminos del cuidado de salud mental: percepciones de trabajadores en centros de atención psicossocial*

ALDINEY RAMOS DE MELO <sup>[A]</sup>

INDAIAL, SC, BRASIL

<sup>[A]</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC), PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIAL (SC)

RAFAELA CARINE JAQUETTI <sup>[B]</sup>

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, PR, BRASIL

<sup>[B]</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (PR)

**Como citar:** MELO, A. R.; JAQUETTI, R. C. (Des)caminhos do cuidado em saúde mental: percepções de trabalhadores de centros de atenção psicossocial. *Psicologia Argumento*, 44(124). 1368-1386, 2026.

<https://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.44.124.AO02>

### Resumo

A complexidade do sofrimento psíquico e do cuidado em saúde mental se faz presente no cotidiano dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fato que motivou este estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Objetivou-se compreender as percepções de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município da Região Metropolitana de Curitiba (PR) sobre os paradigmas de cuidado. Foram entrevistados 15 profissionais de nível superior de três CAPS e os dados submetidos à Análise de Conteúdo. Os relatos indicam a

<sup>[A]</sup> Mestrando em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, e-mail: [aldineyrm@gmail.com](mailto:aldineyrm@gmail.com)

<sup>[B]</sup> Mestre em Psicologia, e-mail: [rafajaquetti@yahoo.com.br](mailto:rafajaquetti@yahoo.com.br)

coexistência dos modos psicossocial e asilar nos serviços, o que aponta que a 'marca' CAPS não assegura por si mesma a adesão à ética da Atenção Psicossocial. As ambivalências são intensificadas por entraves concretos, como sobrecarga de trabalho e escassez de recursos, o que pressiona as equipes à lógica de urgência em detrimento do cuidado territorial. A pesquisa evidencia apostas criativas e estratégias de resistência como potencialidades dos serviços, e constata que a ausência de recursos mínimos prejudica o direcionamento para a Atenção Psicossocial, reforçando a necessidade de maiores investimentos na RAPS e extinção de incentivos a políticas contrárias à lógica psicossocial. O avanço das políticas de saúde mental depende da articulação entre os diversos níveis de gestão e atores sociais, integrando usuários, familiares e comunidade no planejamento para garantir práticas alinhadas às necessidades do território e a superação da resistência a mudanças. Isso exige, além de investimentos, transformações culturais construídas através de educação permanente, formação de equipes interdisciplinares e fortalecimento das redes de apoio social e comunitário.

**Palavras-chave:** Serviços Comunitários de Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Sistema Único de Saúde.

### Abstract

*The complexity of psychological suffering and mental health care is a daily reality within the services that make up the Psychosocial Care Network (RAPS). In this context, this descriptive and exploratory study with a qualitative approach aimed to understand the perceptions of workers at Psychosocial Care Centers (CAPS) in a municipality of the Metropolitan Region of Curitiba (PR) regarding care paradigms. Fifteen professionals with higher education degrees from three CAPS were interviewed, and the data were subjected to Content Analysis. The reports indicate the coexistence of psychosocial and asylum modes within the services, pointing out that the CAPS "brand" does not, by itself, ensure adherence to the ethics of Psychosocial Care. Ambivalences are intensified by concrete obstacles, such as work overload and resource scarcity, pressuring teams into an urgency-driven logic to the detriment of territorial-based care. The research highlights creative initiatives and resistance strategies as existing potentials within the services. It is observed that the absence of minimum resources undermines the orientation towards Psychosocial Care, reinforcing the need for increased investment in the RAPS and the elimination of incentives for policies contrary to the psychosocial logic. The advancement of mental health policies depends on the coordination between different levels of management and social actors, integrating users, family members, and the community in planning to guarantee practices aligned with the territory's needs and to overcome resistance to change. This requires, in addition to investments, a cultural shift built through permanent education, interdisciplinary team training, and the strengthening of social and community support networks.*

**Keywords:** Community Mental Health Services; Mental Health Assistance; Mental Health; Psychiatric Reform; Unified Health System.

### Resumen

*La complejidad del sufrimiento psíquico y del cuidado en salud mental se hace presente en el cotidiano de los servicios que componen la Red de Atención Psicossocial (RAPS). En este contexto, este estudio descriptivo y exploratorio de naturaleza cualitativa tuvo como objetivo comprender las percepciones de trabajadores de Centros de Atención Psicossocial (CAPS) de un municipio de la Región Metropolitana de Curitiba (PR) sobre los paradigmas de cuidado. Se entrevistó a 15 profesionales de nivel superior de tres CAPS y los datos fueron sometidos a Análisis de Contenido. Los relatos indican la coexistencia de los modos psicossocial y asilar en los servicios, señalando que la 'marca' CAPS no asegura por sí misma la adhesión a la ética de la Atención Psicossocial. Las ambivalencias se ven intensificadas por obstáculos concretos, como la sobrecarga de trabajo y la escasez de recursos, lo que presiona a los equipos hacia la lógica de urgencia en detrimento del cuidado territorial. La investigación evidencia apuestas creativas y estrategias de resistencia como potencialidades de los servicios. Se constata*

*que la ausencia de recursos mínimos perjudica la orientación hacia la Atención Psicosocial, lo que refuerza la necesidad de un aumento en las inversiones en la RAPS y la extinción de incentivos a políticas contrarias a la lógica psicosocial. El avance de las políticas de salud mental depende de la articulación entre los diversos niveles de gestión y actores sociales, integrando a usuarios, familiares y comunidad en la planificación para garantizar prácticas alineadas a las necesidades del territorio y la superación de la resistencia al cambio. Esto exige, además de inversiones, un cambio cultural construido a través de la educación permanente, la formación de equipos interdisciplinarios y el fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitario.*

**Palabras clave:** *Servicios Comunitarios de Salud Mental Salud Mental; Atención a la Salud Mental; Salud Mental; Reforma Psiquiátrica; Sistema Único de Salud.*

---

## 1. Introdução

Na vida diária em serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estão presentes desafios que vão desde a complexa articulação teórico-prática sobre o cuidado ofertado, os processos de trabalho e o atravessamento de diretrizes institucionais até os efeitos de condições de vulnerabilidade, violência e questões de gênero e raça. É justamente na constatação dessa complexidade que esta pesquisa nasceu, interessada em compreender as percepções que os trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sobre os paradigmas de cuidado que ofertam.

O CAPS é considerado o principal serviço substitutivo em saúde mental: lugar onde se propõe a possibilidade de habitar um cuidado em liberdade. Nascido a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), e em direta oposição às lógicas manicomiais, o CAPS fundamenta-se no paradigma da Atenção Psicossocial. A Atenção Psicossocial situa-se como paradigma de cuidado oposto ao paradigma psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicalizador, expressando em si estratégias transformadoras das práticas em saúde, com propostas teóricas, éticas e políticas que possibilitaram o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental brasileira (Costa-Rosa, 2013).

Por sua vez, o paradigma psiquiátrico-hospitalocêntrico-medicalizador, manifesto pelo modelo asilar (Costa-Rosa, 2000), é a expressão da psiquiatria tradicional. Este modelo pauta seu modo de intervenção com foco na doença mental, sob uma ótica predominantemente biológica, e tem no isolamento seu principal recurso para enfrentamento de crises (Yasui, 2010).

O modo psicossocial de cuidado se expressa através dos seus dispositivos substitutivos que nasceram das práticas da RPB, como os CAPS, centros de convivência e lazer, residências terapêuticas, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a compreender a atenção psicossocial também como uma prática ampliada e territorial pela rede de saúde como um todo (Costa-Rosa, 2013).

Ferreira, Moro e Rocha (2022) explicam que esse modo de atenção apresenta como proposta basilar a reconstrução das políticas de saúde mental, direcionando-as para a garantia dos direitos humanos e o reposicionamento do sujeito da loucura como cidadão por meio de estratégias de cuidado no território, desenvolvimento de autonomia e reinserção na comunidade.

Ao transcender o objetivo de fechar manicômios e implantar serviços substitutivos, a RPB visa construir 'novos lugares sociais' para pessoas em sofrimento psíquico e romper com as representações do imaginário social da loucura. Assim, torna o estabelecimento de novas relações sociais um pilar para a desconstrução de valores excludentes e estigmatizantes (Amarante, 2021).

Apesar do processo de mudança nas lógicas de cuidado e progressiva redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, constata-se a manutenção da lógica manicomial em novas roupagens. A exemplo das comunidades terapêuticas, instituições que, muitas vezes, reproduzem práticas de isolamento, na contramão da reforma psiquiátrica. Ainda, verificam-se disputas no campo da saúde mental, e a luta antimanicomial atual confronta o legado manicomial ainda presente na sociedade, visto através dos desmontes das políticas públicas e crescente desigualdade social (Godoy, 2025).

Para compreender como essas disputas macropolíticas se materializam localmente, faz-se necessário analisar o cenário específico onde o estudo se insere. Nesse contexto, a história da saúde mental no estado do Paraná ainda se encontra nebulosa, principalmente devido à fragmentação das iniciativas de preservação e resgate da memória institucional, fator que contribui para a dificuldade da constituição de fontes bem fundamentadas para estudos fidedignos sobre a trajetória do estado (Manzarra, Tabuti, Nocera, Castro & Tchaikovski, 2018).

Conforme Manzarra et al. (2018), registra-se a existência de hospitais psiquiátricos na Região Metropolitana de Curitiba, e assim, considera-se relevante refletir sobre as práticas de cuidado em saúde mental realizadas atualmente nos serviços substitutivos, compreendendo o caminho percorrido pela RPB no estado do Paraná e perspectivas futuras.

Com base nessas reflexões e considerando os desafios impostos pelo cenário político dos últimos anos, este estudo norteou-se pela seguinte questão: quais são as percepções de trabalhadores de CAPS sobre os paradigmas de

cuidado que orientam suas práticas em saúde mental? Partindo desta indagação, buscou-se investigar em quais perspectivas de cuidado se embasam os profissionais e conhecer, na realidade do município pesquisado, os caminhos trilhados pela RPB sob a ótica de quem cuida.

## 2. Método

A pesquisa caracterizou-se como descritiva e exploratória, de natureza qualitativa, pois são abordagens que objetivam a descrição das características do fenômeno estudado e visam maior familiaridade com o problema em questão, tornando-o mais explícito (Gil, 2002). A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2023, a partir de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de nível superior de três CAPS de um município da Região Metropolitana de Curitiba.

O município possui três CAPS: CAPS Álcool e Outras Drogas (AD), CAPS Infantil (I) e CAPS II. Foram entrevistados 15 trabalhadores que aceitaram o convite, sendo 4 do CAPS II, 7 do CAPS Infantil e 4 do CAPS AD. Para garantir o sigilo dos participantes, estes foram codificados ao longo da pesquisa pela letra "E" (entrevista), identificados de 1 a 15, conforme a ordem da entrevista.

A aproximação com o campo foi realizada por meio de contato inicial presencial com as coordenações dos CAPS. Após a autorização das instituições, os pesquisadores realizaram uma reunião com os profissionais para apresentação dos objetivos do estudo e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e dos procedimentos da pesquisa. Os trabalhadores que demonstraram interesse e concordaram com a participação foram convidados a compor o estudo.

A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional, abrangendo a totalidade de profissionais de nível superior dos CAPS do município, independentemente do vínculo de contratação. Foram excluídos apenas os profissionais residentes e aqueles de licença no momento da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada presencialmente nas dependências dos próprios CAPS, em salas sigilosas, garantindo a privacidade e o conforto dos participantes. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos trabalhadores e, posteriormente, transcritas para análise. A média de duração das entrevistas foi de 40 minutos.

As entrevistas seguiram um roteiro com perguntas abertas, elaboradas pelos próprios pesquisadores com base nos objetivos da pesquisa e na revisão da literatura. As questões foram formuladas para explorar as percepções dos profissionais sobre as práticas de cuidado em saúde mental, as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços e suas reflexões sobre o impacto das políticas públicas de saúde mental. Esse instrumento de coleta de dados possibilita ao entrevistador um maior controle sobre o que se pretende compreender do campo, além de permitir uma reflexão livre do entrevistado (Minayo & Costa, 2018).

A maior parte dos participantes era do sexo feminino (13 de 15), com idades variando de 27 a 54 anos, e com formação em diferentes áreas profissionais (psicologia, serviço social, enfermagem e terapia ocupacional). Em relação ao tempo de experiência, observou-se que a maioria dos participantes tinha mais de 6 anos de atuação na RAPS (11 de 15 participantes), sendo que 10 de 15 profissionais possuíam formação específica em saúde mental.

Após a coleta dos dados, foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas, conforme as técnicas estabelecidas por Bardin (2011). A análise de conteúdo é um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos voltados para a análise das comunicações, com o objetivo de extrair indicadores que permitam a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção e recepção das mensagens coletadas. Esse processo busca a descrição detalhada e objetiva do conteúdo das mensagens, possibilitando uma compreensão aprofundada dos dados.

A análise seguiu as etapas preconizadas por Bardin (2011), começando com a pré-análise, que é a fase inicial onde o material coletado foi organizado e classificado. O objetivo dessa fase é fazer um primeiro contato com os dados, identificar as questões principais e estabelecer as categorias iniciais de análise. É também nesse momento que se definem os objetivos da análise e as hipóteses que orientam o estudo.

Em seguida, passou-se para a exploração do material, fase em que as entrevistas foram lidas repetidamente e as categorias refinadas e organizadas. Essa etapa envolve detalhadamente a categorização do conteúdo,

identificando padrões e recorrências nas respostas das participantes, o que permitiu a criação de subcategorias que foram trabalhadas nas fases seguintes.

Por fim, foi realizada a interpretação e inferência dos resultados, etapa em que os dados organizados nas categorias foram analisados à luz das questões de pesquisa e do referencial teórico. Nessa fase, a inferência envolveu a construção de significados a partir das categorias, enquanto a interpretação buscou contextualizar e compreender os resultados, estabelecendo relações e identificando as implicações teóricas e práticas dos achados.

Essas etapas proporcionaram uma análise rigorosa dos dados, permitindo uma compreensão mais aprofundada das percepções dos trabalhadores sobre as lógicas de cuidado em saúde mental. Foram elencadas categorias de análise referentes aos conteúdos emergidos das entrevistas, levando em consideração os objetivos da pesquisa e a pluralidade das temáticas observadas.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer favorável nº 6.626.851, atendendo às recomendações éticas previstas, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3. Resultados

Emergiram concepções plurais acerca das práticas de saúde mental nos CAPS através do olhar dos trabalhadores do serviço, evidenciando a coexistência de paradigmas divergentes dentro do dispositivo. A partir da análise dos dados, foram elencadas três categorias: Lugares de cuidado: acesso e território; Lugares possíveis para crise(s); e Lugares para a rede-equipe.

A escolha em nomear as categorias com a concepção ‘lugares’ problematiza e amplia a noção de local geográfico para tratamento, considerando que as históricas práticas manicomiais do passado revestiam uma importância notável para os seus ‘lugares’,

No Brasil, a frase “aos loucos o hospício”, enunciada em 1830, pela Sociedade de Medicina, denunciava a situação na qual viviam os loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia e exigia a criação de espaços diferenciados para um “verdadeiro tratamento” da loucura. Uma doença especial requeria, para ser tratada, de um lugar especial, definido e dirigido pelo saber médico (Yasui, 2010, p. 26).

Ainda, há que se considerar que a expressão ‘lugar’ é polissêmica, ou seja, a representação de uma porção do espaço geográfico - o local - é dotada de significados particulares e permeada por relações humanas. Inspirados no entendimento do geógrafo brasileiro Milton Santos (1997) que conceituou que “cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente” (p.273) - os lugares são alvos de uma lógica global, de verticalidade e que, ao mesmo tempo, contém uma lógica local, as horizontalidades.

Compreendendo que as noções de cuidado são complexas e dinâmicas, a escolha dos autores pela concepção de Costa Rosa (2000) - que distingue os modos de cuidado em psicossocial e asilar - justifica-se por sua utilidade didática. O referencial permite analisar e questionar os paradigmas nas falas dos trabalhadores dos CAPS, sem, contudo, desconsiderar as múltiplas perspectivas que coexistem no cotidiano dos serviços.

A divisão em categorias de análise se lança como recurso organizador para explorar os relatos com maior profundidade no que se refere aos assuntos abordados. Contudo, concebe-se uma noção de continuidade e entrelaçamentos entre categorias, pois todas tratam das lógicas de cuidado expressas nos relatos dos trabalhadores de CAPS de um mesmo município. A seguir, apresentaremos as três categorias e seus principais resultados.

**Quadro 1.** Categorias de análise e resultados principais

Categorias de análise	Resultados principais
Obstáculos para o acesso dos usuários (território amplo,	

<b>Lugares de cuidado: acesso e território</b>	transporte insuficiente, grandes distâncias); Escassez de recursos, limitações para a permanência diurna dos usuários; Cuidado desarticulado da lógica territorial-comunitária; Centralização dos serviços e risco de lógica ambulatorial.
<b>Lugares possíveis para crise(s)</b>	Compreensões diversas sobre crise (psiquiátrica - psicossocial); Centralidade da UPA, SAMU e medicação no manejo de crises, relação de crise com urgência; Resposta insuficiente às necessidades de saúde mental da população em crise; Estratégias de manejo 'fora do esquema da agenda' e uso do vínculo como ferramenta terapêutica.
<b>Lugares para a rede-equipe</b>	Fragmentação do cuidado e falhas nos fluxos de referência e contrarreferência; Comunicação precarizada, gerando isolamento e pouca articulação em rede; Sobrecarga de trabalho, filas de espera e rigidez nos fluxos; Desafios na educação permanente e dificuldades na compreensão do paradigma psicossocial; Dificuldades nos processos de reflexão sobre a própria prática, gerando resistência a mudanças profundas.

Fonte: autores (2025).

As três categorias emergentes destacam a complexidade e a dinâmica das práticas de cuidado, refletindo diferentes abordagens sobre o acesso, o território e o acolhimento. Esses achados fornecem uma base sólida para uma análise mais aprofundada, que será desenvolvida na seção seguinte, com ênfase na interpretação dos dados e na discussão de suas implicações teóricas e práticas, à luz da literatura existente e das políticas públicas em saúde mental.

## 4. Discussão

A seção de discussão a seguir tem como objetivo explorar em profundidade as três categorias emergentes a partir da análise de conteúdo: 'Lugares de cuidado: acesso e território', 'Lugares possíveis para crise(s)' e 'Lugares para a rede-equipe'. Cada uma dessas categorias reflete aspectos centrais das práticas de cuidado nos CAPS, revelando tanto as tensões quanto as potencialidades presentes na realidade dos trabalhadores do serviço.

### 4.1 Lugares de cuidado: acesso e território

Ao analisar o modo de promover o cuidado e as estratégias que o dispositivo CAPS oferta aos usuários e usuárias, dois conceitos emergiram através dos relatos dos trabalhadores: a forma de acesso ao serviço e a articulação

do cuidado ao território. Nesse sentido, os lugares possíveis para o cuidado surgiram amarrados a essas noções centrais da atenção psicossocial:

Eu vejo que muitos casos ainda não chegam na gente, né? Eu acho que tem pessoas graves por aí que não conseguem chegar até aqui. Eu acho porque é um município muito grande, é um CAPS só, o acesso não é fácil (E1).

Então assim, o território é muito grande, né? É um equipamento do CAPS AD para o município todo, então se a gente for ver é uma demanda muito grande. Pela questão de não ser territorializado, muitos pacientes não fazem tratamento, a gente vê uma dificuldade bem grande por mais que tenha cartão de utilização de transporte, é longe para eles virem né? (E12).

A noção de território pode ser entendida como o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (Barcellos, Sabroza, Peiter & Rojas, 2002). O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, cujos problemas, para serem resolvidos, exigem compreensão e visualização espacial por parte de profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Já o conceito de acesso no campo da saúde é concebido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário(a) na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento. Ainda, o acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos. O que está em pauta é a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável. Ou seja, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis (Vuori, 1991).

Observa-se a predominância de relatos sobre dificuldades para os usuários acessarem os serviços, seja devido ao território amplo com área rural, transporte coletivo insuficiente, processos de trabalho e poucos recursos que dificultam o cuidado territorializado, evidenciado pelos poucos dispositivos CAPS na rede, sobrecarregados em suas grandes demandas, “(...) a gente não dá conta de ter um olhar territorializado por questão de equipe, por questão de processo de trabalho, por questão de localização (E5).”

(...) a questão da territorialização acho que é um grande desafio aqui na cidade também, porque a gente só tem um CAPS Infantil, numa cidade que é bastante grande, principalmente considerando a área rural. Então os nossos pacientes que são os nossos usuários que saem da área rural alguns têm muita dificuldade, às vezes não passa ônibus direito, (...) Não consegue vir, consegue vir às vezes só para consulta psiquiátrica, e daí o medo da gente virar um ambulatório (E4).

A percepção da existência de risco do CAPS se tornar um ambulatório indica o desafio em garantir a lógica da atenção psicossocial como norteadora do cuidado, ou seja, àquela que, para além da chegada ao serviço, é composta pela continuidade do cuidado e criação/manutenção de vínculo. Em outras palavras, equivale afirmar que o ‘local’ CAPS (um espaço localizado geograficamente no município; um endereço a ser tomado como ponto de chegada) difere do ‘lugar’ CAPS (um endereço onde o encontro é ponto de partida; encontro entre usuários/usuárias e trabalhadores da equipe para a promoção e invenção de vínculos possíveis a cada contexto e história de vida e sofrimento psíquico).

Conforme Yasui (2010), a ‘marca’ CAPS não assegura por si mesma uma prática que coadune com a lógica de um serviço substitutivo ao manicômio, e um erro fundamental para tal se refere aos CAPS serem tratados como mais um serviço de saúde mental, isolado, atuando em caráter ambulatorial (Yasui, 2010). Desse modo, torna-se essencial

compreender que as funções dos CAPS devem extrapolar a lógica ambulatorial, garantindo a direção do cuidado na lógica do território, o que nos retoma ao modo psicossocial, que é o direcionador primeiro deste serviço substitutivo.

Percebe-se criticidade nos relatos dos trabalhadores ao evidenciar o que o serviço deveria propiciar e seus entraves no momento atual. Ainda que a crítica seja alinhada ao modo psicossocial, é notável que as limitações impostas aos CAPS impactam diretamente em suas práticas, desarticuladas da lógica territorial-comunitária. Tratando-se de recursos possíveis para uma aproximação dessa lógica,

E a gente não ter esse trabalho territorializado, tanto em termos assim, digamos ter mais CAPS para que a gente consiga fazer uma divisão desse grande território ou dentro do CAPS, uma equipe maior que a gente também passe a trabalhar com equipes de referências para determinados territórios, né? E que daí também trariam acho que algumas questões assim de recursos, por exemplo, a gente ter um carro só para gente, a gente vai tentando compartilhando para a gente conseguir fazer (E4).

(...) do espaço físico aqui que poderia ter um espaço externo para a gente utilizar com paciente, a própria horta que eu tava trabalhando com os pacientes e mandaram a gente retirar. (...) a gente sempre precisa buscar fora para fazer, sendo que poderia ser feito aqui (E14).

(...) em relação ao plano terapêutico, eu não consigo encaixar o paciente para vir de manhã e passar o dia aqui, porque eu não tenho mais refeição para ele para dar, né? (...) acaba traçando o plano terapêutico na verdade assim, de acordo com a possibilidade dele, porque os pacientes hoje em dia eles estão tendo que trabalhar, então tem o dia específico que o patrão libera, então acaba ficando mais centrado não nas necessidades dele mas nas possibilidades que o permitem vir para o CAPS (E12).

A estratégia de equipes de referência por territórios pode promover a capilarização do cuidado, ao vincular os profissionais específicos ao território-existencial do usuário. Essa proximidade permite o entrelaçamento de ações com a rede, inclusive em áreas distantes, extrapolando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para além dos limites institucionais dos CAPS. Ainda, a compreensão de um projeto terapêutico focado nas possibilidades do momento sugere flexibilização e ajustes nas expectativas em relação ao processo de cuidado. Entre o tudo e o nada existe o que é possível para os usuários, e as adaptações do serviço expressam um modo de cuidado ampliado, aproximado à lógica da redução de danos.

No entanto, a flexibilização quando resultante dos recursos escassos da rede, expressos na ausência de refeições para os usuários permanecerem diurnamente, ou na ausência de áreas externas e de transporte próprio, são pontos que escancaram processos de desmantelamento da lógica psicossocial. Os baixos investimentos em recursos essenciais para ações ampliadas permitem a manutenção da lógica manicomial, não mais em sua dimensão arquitetônica, agora observada em práticas e éticas no cotidiano dos serviços.

Nesse sentido, estudos recentes como o de Nabarrete e Bastos (2024), indicam que o sucateamento dos serviços de atenção psicossocial e a falta de investimentos, tanto políticos quanto econômicos, contribuem para a fragilidade dos cuidados oferecidos. A escassez de recursos estruturais e humanos, somada ao ainda predominante modelo biomédico, resulta na ineficiência na produção do cuidado, afetando diretamente a qualidade dos serviços e o bem-estar dos usuários.

Vale ressaltar o projeto de desmonte das políticas de saúde mental observado a partir de 2016, com o redirecionamento da agenda política e orçamentária para o benefício de instituições privadas, em detrimento dos serviços de base comunitária. No período de 2019 a 2022, o então governo realizou cortes em verbas na área da saúde mental, demonstrando baixa transparência e monitoramento das suas políticas, além de desestimular o controle social e participação social nas esferas de poder (Oliveira, 2024). Conforme Oliveira (2024), nesse período, verificou-se um maior investimento em políticas segregadoras e medicalizantes, o que reflete no aprofundamento das práticas manicomiais, estigmatização de indivíduos, violências institucionais, além do agravamento das desigualdades sociais.

Ainda, em um artigo de revisão integrativa, Nabarrete e Bastos (2024) discutem que a implementação da Resolução 32/2017 e as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, entre 2016 e 2019, sinalizam um retrocesso significativo no cuidado psicossocial. A reintegração dos hospitais psiquiátricos à RAPS, juntamente com o

financiamento de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT) e a adoção da abstinência como abordagem para o tratamento de usuários de substâncias, coloca a internação de volta como eixo central do tratamento, contrariando o modelo substitutivo dos CAPS.

Além disso, a expansão das comunidades terapêuticas e a criação do CAPS AD IV refletem uma lógica manicomial, baseada em práticas de exclusão e controle, em vez de promoverem a inclusão social e o cuidado humanizado. Essas mudanças indicam um enfraquecimento das conquistas da Reforma Psiquiátrica e um desvio da visão psicossocial para a saúde mental. Ainda que no momento atual alguns investimentos em políticas de saúde mental tenham sido retomados em nível federal, observa-se a permanência de investimentos e estímulos às comunidades terapêuticas, o que indica a permanência de disputas e políticas de contrarreforma (Barretto, Merhy, Slomp, Cruz & Santos, 2024).

## 4.2 Lugares possíveis para crise(s)

Múltiplas noções de crise surgiram nos relatos dos trabalhadores, atreladas não só ao discurso, mas também ao manejo das situações. Em alguns relatos é perceptível a indiferenciação entre crise como agudização de sintomas psiquiátricos e enquanto desestabilização na vida, expressando esse conceito majoritariamente como situação que demanda atendimento urgente. “As situações de crise acaba caindo na UPA, né? Aí a gente faz a articulação sempre tentando avisar o psicólogo da UPA também, ou pelo menos alguém que vai chegar ao paciente lá, né?” (E1).

Então o paciente em crise a primeira coisa que a gente faz é encaminhar para a enfermaria, né? Então ali para ter um espaço para conversar melhor com ele, independente da crise que esteja acontecendo, né? (...) Geralmente alguém da enfermagem vai estar junto para fazer a avaliação vital, né? E isso se necessário ele vai tirar... vai encaminhar ele pra UPA. Acionar o SAMU e encaminhar pra UPA (E12).

Na crise dependendo se tiver... é SAMU e UPA, né? Dependendo, é o primeiro acolhimento, a gente leva para enfermaria, uma conversa, se a gente consegue só nessa conversa já conter uma crise de ansiedade, né? Se tem médico aqui e precisa de alguma medicação já é oferecido medicação, se a gente vê que tá sem médico ou que na conversa a gente não conseguiu ou que tem questão clínica junto, aí tá com saturação baixa, a pressão subiu aí precisa chamar SAMU e ir para para a UPA (E14).

A enfermaria, o SAMU e a UPA aparecem prioritariamente como os locais de cuidado das pessoas em situações de crise, seja pela proposta de um manejo individualizado, ou pela avaliação do profissional em relação a necessidade de suporte medicamentoso e encaminhamento para serviços de urgência e emergência. Para outros profissionais, o repertório sobre o acompanhamento das crises dentro dos CAPS se mostra relacionado aos tipos de crises:

(...) pensando em crise enquanto essa desestabilização, que muitas vezes é possível um manejo sem utilização de medicação, a gente pode fazer uma orientação nesse sentido, né? E daí muitas vezes eu faço isso de parar o que eu tô fazendo e ir lá ajudar a pessoa, orientar e mediar com ela, mas aqui no CAPS é muito comum que isso seja feito em termos de medicação... Existem casos de crise quando envolve uma hétero ou auto agressividade, que acabam chegando no ponto de uma necessidade de contenção química ou física, geralmente uma articulação com a urgência (E5).

Então existem várias formas de controle de crise, durante os grupos, choro, essas coisas, aí fica mais fácil manejo porque envolve mais a questão sentimental, não uma coisa mais descompensatória, física. Já aconteceu de às vezes que a gente tem que separar e fazer um manejo separado sabe. Depende muito do que é o tipo de crise (E7).

Tem vezes que depende da crise... às vezes assim, que a pessoa tem uma crise mais silenciosa, né? Tá tendo crise, tá difícil, mas não é aquela que fica se agitando e aí você consegue tentar manejar a crise da mesma forma que a gente tenta na não crise, né? (...) Mas às vezes existem crises, tipo de ficar agressivo, aí essa é a mais difícil assim, né? Porque a gente tem que fazer coisas que a gente não quer, mas que a gente precisa, da gente conter, (...) a gente tem que chamar SAMU também porque a gente não é um serviço de emergência... (E8).

A literatura aponta que, embora nem sempre sejam classificadas como urgentes, as situações de crise exigem acolhimento imediato. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, há mais de uma década, que o atendimento em momentos de crise seja realizado preferencialmente no contexto comunitário, por meio de equipes ou serviços especializados em saúde mental. No entanto, conforme discutido em outros estudos (Pierini, Boska, Claro, Luz & Oliveira, 2023), apesar dessa recomendação global, os recursos necessários para esse tipo de atendimento ainda são insuficientes e mal estruturados em diversas regiões, tanto em nível local quanto global. A falta de infraestrutura adequada e a escassez de profissionais especializados dificultam a implementação efetiva dessas orientações, resultando em uma resposta insuficiente às necessidades de saúde mental da população em crise.

Os trechos das entrevistas sugerem concepções diversas sobre o conceito de crise, não existindo consenso. Alguns trabalhadores consideram possível manejar situações de crises dentro do serviço sem suporte medicamentoso, enquanto para outros o CAPS não seria destinado para esse tipo de demanda de atendimento, sendo o encaminhamento para UPA o manejo descrito como prioritário e protocolar. Essa última ideia vai ao encontro da concepção de crise psiquiátrica, pois tende a reduzir fenômenos sociais complexos a uma compreensão individualizante, o que favorece a manutenção de práticas manicomializadas focadas na supressão de sintomas, mediante contenções mecânicas e químicas (Jardim & Dimenstein, 2007).

Quando a gente tem uma situação de crise aqui... a gente chama o SAMU né ou orienta a procurar a UPA (...). Quando o paciente não tá em crise, aí ele consegue participar tanto na consulta, quanto dos grupos terapêuticos, né? Então dá pra ter um manejo melhor. Porque se o paciente está em crise eu vou tentar fazer com que ele deixe de estar, né? (E2).

Então quando tá numa agitação muito grande e daí acaba se colocando em risco, né? Principalmente a questão da integridade física, assim tem ocorrido contenção física e contenção química também em alguns casos, né? (E4).

(...) quando é uma crise de agressividade que coloca em risco a pessoa e as outras pessoas do local e a do profissional, às vezes já aconteceu aqui da gente ter que fazer a contenção física e contenção química e encaminhar para o serviço de urgência junto com o serviço de pré-hospitalar que é o SAMU (E7).

Evidencia-se nos relatos a visão de crise como situação que deve ser suprimida, compreensão característica do modo asilar, pois não enxerga possibilidade terapêutica na crise, considera que o cuidado pode ser realizado apenas fora dela. Conforme Jardim e Dimenstein (2007), há uma diferença nítida entre conter alguém e oferecer continência; a continência é um manejo eficaz, enquanto conter é a representação do fracasso da intervenção terapêutica.

Assim, torna-se também burocrático o acesso ao serviço, pois no momento que apresenta um sofrimento acentuado, o usuário não consegue permanecer no local em que está vinculado na rede. A consequência é que o usuário do CAPS passa a frequentar serviço usualmente ou de forma burocrática, apenas para retirar a medicação, e em momentos de crise, afasta-se e busca o hospital psiquiátrico para internação (Elia, 2013),

(...) O hospital, quando algum enlace territorial já tiver existido no passado, ou porque sua equipe (do hospital) tem, por acaso, algum grau de engajamento territorial, telefona para o CAPS e informa que tem um paciente “seu”, do CAPS, internado. A equipe registra o fato, comentando: “é mesmo, o fulano não vinha mesmo aparecendo por aqui”, e espera o fim da crise e da internação para novamente receber o usuário para voltar a pegar remédio no CAPS (Elia, 2013, p. 6).

Dessa lógica depreende-se a centralidade médica nos serviços, para além das situações de crise,

(...) ainda aqui eu vejo que a integração da psiquiatria, ela parece que não faz parte da equipe (...). Todos os nossos ao serem incluídos a gente já agenda a psiquiatria, então assim, por mais que a gente tenha um modelo de atenção psicossocial, será que realmente todos que entram aqui precisam já passar pela psiquiatria? Às vezes eu sinto que esse é um medo nosso de não ter um respaldo do psiquiatra e daí a gente volta num outro paradigma que é a centralidade médica, né? E que muitas vezes também a alta a gente condiciona determinadas questões à psiquiatria, então não vejo que ainda há uma horizontalidade sabe, com determinadas questões... eu vejo que ainda há um poder médico muito grande (E4).

A manutenção de protocolos rígidos, como o agendamento automático da consulta psiquiátrica, pode indicar uma continuidade do modelo biomédico, que prioriza a medicalização em vez de explorar as potencialidades do atendimento psicossocial. Essa abordagem, muitas vezes desconsidera as especificidades do sofrimento dos usuários, podendo resultar em uma assistência menos eficaz e menos acolhedora.

O trecho ressalta a dimensão do processo de trabalho nos CAPS, que ainda enfrenta desafios relacionados à consolidação de práticas verdadeiramente interdisciplinares e psicossociais. Em muitos casos, como apontado por pesquisadores, membros das equipes de saúde mental continuam a operar dentro da lógica biomédica, o que limita a efetiva implementação de abordagens centradas no cuidado integral e na autonomia dos usuários. Mesmo que parte dos profissionais busque adotar práticas baseadas no modelo de atenção psicossocial, a manutenção de práticas hospitalocêntricas e segregadoras por outros membros da equipe impede a superação desse modelo, evidenciando retrocessos nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Sousa, Farinha, Lucchese, Paranaguá, Nunes & Bezerra, 2025).

Nos aspectos mencionados, é possível perceber a coexistência de diferentes abordagens de cuidado dentro dos próprios CAPS. Muitas vezes, os mesmos profissionais mencionam compreensões que refletem lógicas psicossociais e asilares. Embora essas lógicas representem concepções opostas de cuidado, a coexistência entre elas não impede que práticas ampliadas de cuidado sejam implementadas e estimuladas no dia a dia do serviço.

Dependendo da situação, às vezes a gente leva lá fora porque a pessoa fica mais calma lá fora do que dentro de uma sala (...) É diferente... porque aí envolve mais pessoas. Enfim, requer cuidado maior é... no manejo (E1).

(...) eu percebo que quando ele tem confiança na pessoa que tá atendendo ele, que ele se identifica de alguma forma, a condução ela é melhor assim sabe? Nem sempre é contenção, e chamar SAMU, né? (...) Então dentro da saúde mental não é só uma palavra. Ah, eu vou colocar você na fila do especialista e está tudo bem. Não. Você... você leva tempo pra conseguir conversar, vincular e até fazer esse atendimento de crise também, né? (E3).

Nesse momento mesmo tem um caso, que tá bem nesse lugar que eu tava falando, né? E ele tá num acolhimento diurno aqui, ele faz também psicoterapia e acompanhamento com psiquiatra também, tava mais intensivo, tá quase semanal e toda a crise ele vinha para cá... (...) A gente tem se organizado em equipe também para atender fora desse nosso esquema de agendas que a gente tem, né? Então ele tem muito se inserido às vezes também num processo de auxiliar a gente em umas atividades que a gente está fazendo assim, até na cozinha (E4).

As tentativas internas de apostar nas possibilidades fora do 'esquema de agendas' demonstram potencialidades que os CAPS ainda oportunizam, retornando a sua noção de serviço substitutivo e de porta aberta para o cuidado, com base territorial e comunitária. As colocações dos profissionais entrevistados demonstram também a compreensão dos aspectos psicossociais e da singularidade presentes no fenômeno da crise, pois ampliam o entendimento, considerando como relevante o contexto em que se expressa o sofrimento psíquico, a rede complexa em que se atrela, englobando dimensões micro e macrossociais, sendo possível constatar a íntima relação com o paradigma psicossocial (Moura, Amorim, Reis & Matsukura, 2022).

Vale destacar a importância do acolhimento, conforme descrito por E4, em que o participante relata o caso de um usuário do CAPS que recebe acolhimento diurno, psicoterapia e acompanhamento psiquiátrico intensivo. Essa transcrição exemplifica o acolhimento como uma tecnologia de cuidado e um recurso terapêutico, como apontado pela literatura. O relato evidencia como a equipe tem se organizado para atender de maneira flexível, fora dos esquemas tradicionais de agendamento, permitindo um atendimento mais sensível às necessidades do usuário. Essa abordagem está alinhada com a definição de acolhimento como um processo contínuo e integral, que vai além de um espaço físico ou momento específico, permeando toda a relação de cuidado entre profissionais e usuários (Sousa, Farinha, Lucchese, Landim, Nunes, & Bezerra, 2025). Ao respeitar as singularidades do indivíduo e promover uma escuta atenta, esse tipo de acolhimento visa garantir maior prontidão no atendimento às demandas emergenciais, como ilustrado pelo caso descrito.

No entanto, apesar dessa tentativa de aproximação mais humanizada e flexível, o processo de acolhimento também revela as tensões entre práticas progressistas e as limitações dos modelos de atendimento ainda dominantes, que precisam ser repensados para que a integralidade e a humanização do cuidado se tornem realidade para todos os usuários.

### 4.3 Lugares da Rede-Equipe

A terceira categoria problematiza o lugar da rede e da equipe como relevantes no cuidado em saúde mental ofertado pelos CAPS. Os relatos acerca da rede-equipe denotam tanto a dimensão da formação da equipe local como ao que extrapola dela, ou seja, o contato da equipe com a rede em diferentes níveis de complexidade e possíveis entrelaçamentos que resultam desse processo. Mostram-se fragilidades e potencialidades no contato das equipes com a rede de serviços,

Geralmente a gente sempre tá em contato com a rede, aqui até eu vejo que funciona bastante. A gente faz muitos encaminhamentos, a gente liga para escola, liga para CRAS ou tenta pelo menos, às vezes não dá certo. Liga para conselho tutelar... Às vezes no acolhimento já não é um caso para cá, daí às vezes já encaminha para UPA ou às vezes é para neurologia (E6).

(...) e eu acho que tem muita dificuldade também com relação às unidades de saúde. Acho que também não tem essa conversa assim para uma transferência de cuidados, né? O paciente que tá bem, que não precisa mais estar no CAPS, mas que às vezes a unidade poderia fazer um outro tipo de cuidado, né? Não a psicologia, mas a equipe toda, né? Então a gente tem muita dificuldade (E11).

A gente tem conseguido assim trabalhar com a rede, até quando a gente consegue discutir os casos, fazemos algumas visitas em conjunto (...), porque muitas vezes acaba vinculando ali com quem tá no território primeiro, né? Ou o CRAS ou a unidade de saúde, e aí depois chamam a gente né? Então a gente vai dar um apoio para eles (E12).

Através dos trechos citados, é observada a articulação da rede com ênfase no encaminhamento para referência e contrarreferência, e apesar de tentativas, o resultado se repete no trabalho fragmentado e pouco integrado. Em outros casos, as visitas em conjunto se tornam possibilidade de um trabalho mais integrado, aproximando os pontos da rede ao CAPS. A construção de uma rede efetiva de cuidado exige um posicionamento metodológico claro, que integre parcerias intersetoriais e seja capaz de identificar, no território, os contextos estratégicos para a construção de projetos singulares de cuidado (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2010).

Outra importante estratégia que fica de fora dos apontamentos nas entrevistas é o matriciamento, uma possibilidade de ampliação do cuidado em saúde mental. O matriciamento oferece um arranjo organizacional que favorece e facilita o diálogo entre as equipes, sendo orientado pela partilha de saberes técnico-científicos e técnico-pedagógicos (Nogueira, Silva, Pinho, Sousa, Araújo & Caixeta, 2024). Esse processo permite que profissionais de diferentes níveis de atenção formulem estratégias de cuidado no território, promovendo uma abordagem mais integrada e comunitária.

O apoio matricial se destaca como uma das ferramentas centrais desse processo, permitindo que as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e a equipe matriciadora da saúde mental realizem reuniões periódicas, com a colaboração e co-participação de todos os envolvidos na construção conjunta do PTS. Esse projeto se torna um instrumento essencial na comunicação e no compartilhamento ativo de informações, além de distribuir as responsabilidades pelo cuidado, garantindo um atendimento mais integral e personalizado. A implementação do matriciamento, portanto, contribui para uma gestão mais eficiente e coletiva, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, ao integrar as práticas de cuidado psicossocial com a realidade dos serviços de saúde primária, fortalecendo a rede de apoio e ampliando o acesso ao cuidado (Nogueira *et al.*, 2024).

Em relação aos profissionais, ainda surgem dificuldades de compreensão acerca do conceito de atenção psicossocial como um paradigma de cuidado em saúde mental, o que pode ser relacionado a não adesão a práticas opostas ao modelo asilar, que ainda se mostra hegemônico. A sobrecarga expressa pelas profissionais devido às

demandas excessivas de trabalho é fator dificultador dos processos de reflexão crítica sobre a própria prática, pois gera resistência a mudanças profundas propostas pela reforma psiquiátrica. Além disso, esse cenário também prejudica na participação em propostas de educação permanente, relevantes no processo de alinhamento das práticas aos pressupostos do paradigma da atenção psicossocial.

(...) aqui no CAPS, eu entendo que a gente não faz um cuidado intensivo adequado sabe, primeiro por falta de equipe mínima que a gente também não segue a portaria como deveria, então falta-se muita coisa, segundo porque também dentro da portaria a gente deveria ter outro CAPS aqui, terceiro porque a gente tem fila e isso é uma questão inadmissível dentro de um CAPS (...) Então eu também entendo que 25 pacientes para cada TR é muito porque a gente precisa fazer como eu falei, busca ativa, atendimento familiar... (E3).

Acho que é tudo meio feito do achismo de cada um, é uma equipe que eu acho que não é muito capacitada há muito tempo, muito antiga, aqui é uma equipe muito antiga, né pessoas que estão aqui há muito tempo, então que não estudam há muito tempo também. As coisas vão mudando, o entendimento vai mudando (...) O CAPS deveria ordenar o resto da RAPS, é o CAPS ordena, né e não acontece, ninguém ordena nada eu acho (E11).

Os trechos acima ressaltam problemáticas que afetam diretamente os princípios básicos do CAPS. A fila de espera existente no CAPS, conforme relatada por E3, é um entrave que esbarra diretamente no conceito de serviço porta aberta, pois quando há fila de espera, não há livre acesso para ir e vir ao serviço. O não cumprimento das portarias de equipes mínimas, além da quantidade aquém de equipamentos CAPS e a sobrecarga de usuários por Técnico de Referência (TR) também são fatores que prejudicam o cuidado singular a cada usuário, dificultando a elaboração e continuidade dos PTS.

Eu acho que é um desafio também..a gente tem que ampliar a equipe e melhorar o que a gente pode oferecer, né? Por exemplo, às vezes eu sinto também assim, enquanto CAPS 2, né? Às vezes existe uma pressão de que aquele paciente tem que entrar e já sair, né? Então saiu da crise tchau, né? Mas eu vejo que ainda tem muito que dá para você fazer que dá para se trabalhar, mas tem uma pressão, né? E às vezes ele também me questiona até onde o CAPS 2 é... então tá? Então a gente vai virar só tentar amenizar que aquela pessoa não cometa suicídio, vira nisso, né? E qual é a continuidade também desse tratamento (E1).

O relato de E1 evidencia que a lógica assistencial do CAPS encontra-se centrada na urgência e estabilização de crises, em detrimento da lógica territorial-comunitária e de um cuidado longitudinal. Dessa questão podemos depreender que ainda se faz presente uma certa andança institucional onde o sujeito circula entre os serviços da RAPS sem que o vínculo seja tomado como a central tecnologia de cuidado em jogo. Ao que parece, estamos diante de um sistema que tende a operar na 'lógica do circuito' (Rotelli, 1990), assumindo lógicas assistenciais traduzidas pela cisão das ofertas e fragmentação das abordagens. Nos contextos em que a desinstitucionalização não se afirmou enquanto compromisso e realidade social, o sistema de oferta de serviços se estabelece a partir da 'porta giratória', composto por serviços desarticulados sob o risco de promover a cronificação dos casos (Fernandes, Tano & Matsukura, 2021).

A rede é diretamente atravessada pelas dificuldades citadas, uma vez que a compreensão sobre o dispositivo CAPS e seu lugar na lógica territorial é essencial para a efetivação do modelo de atenção psicossocial. Para Rotelli (1990), torna-se necessário que se desinstitucionalize não somente a atenção, mas sim o paradigma que sustenta as ações técnicas e os entendimentos sociais sobre a loucura e o sofrimento psíquico. Ou seja, abdicar do paradigma racionalista centrado no esquema problema/resposta, que limita as compreensões, que as descreve e interpreta a partir de instituições e não das pessoas e dos problemas sociais que atravessam.

Outro obstáculo crítico ao trabalho em rede, segundo os profissionais entrevistados, refere-se à precariedade dos recursos de comunicação e transporte dos CAPS. Relatam a ausência de telefones e contatos institucionais e de veículo próprio no serviço, o que, segundo eles, gera o isolamento e dificulta a aproximação com os demais dispositivos da RAPS.

(...) então, a gente tá sem telefone, né? Então assim, tem coisas que prejudica bastante, então você tem que sentar e elaborar todo um e-mail para poder explicar a situação para encaminhar às vezes, né ou entrar em contato com outro serviço mesmo, né? (E1).

(...) a cidade tá sem telefone em quase todo o setor, né? Então o que acontece nas minhas visitas que eu saio toda quarta à tarde, alguns pacientes que precisa discutir eu vou direto na unidade, uma que é difícil de atender telefone porque o fluxo deles é muito grande. E a discussão de caso é diferente do encaminhamento no papel, né? Às vezes tem que sensibilizar o outro profissional, né? (E7).

Conforme os relatos, há pouco alinhamento entre os profissionais para lidar com os entraves comunicacionais, alguns realizando deslocamento presencial até outros serviços ou redigindo e-mails, o que demonstra fragilidades recíprocas entre a rede e com os usuários.

A fragilidade na articulação em rede evidencia um modelo fragmentado de cuidado em saúde mental, distante dos princípios de cuidado compartilhado e longitudinal. Tal cenário corrobora os apontamentos de Carlos e Gallassi (2024) e Sampaio e Bispo (2021), que identificam barreiras similares: redes que operam de forma desarticulada e sem parâmetros definidos, barreiras na comunicação devido à ausência de telefones e contatos institucionais, carências no transporte para deslocamento entre pontos de atenção e insuficiência de recursos humanos e carga horária para efetivar a articulação em rede.

Como consequência, apresentam-se dificuldades na proposta do cuidado compartilhado, conflitos nas relações que fortalecem a setorialização e burocratização do cuidado, o que leva à reclusão do CAPS em si mesmo e a centralização do cuidado em saúde mental no próprio dispositivo (Sampaio *et al.*, 2021). Ainda, outro entrave citado foi acerca dos fluxos e processos internos de trabalho,

Eu acho que o processo de trabalho é elemento desafiador, porque para dar conta de tanta gente a gente precisa de um fluxo que é mais enrijecido em alguns aspectos (...) Então acho que isso é um desafio muito grande, a gente dar conta do tamanho da demanda, pensar que talvez é melhor eu fazer um grupo que eu atendo mais pessoas do que eu fazer um atendimento que me demanda a tarde inteira, nesse que atende uma pessoa só... eu sinto que essa falta de flexibilidade ela é um desafio muito grande, porque saúde mental não tem isso, né? Ela não se enquadra no fluxo (E5).

Então, a gente fica bem rebolando na verdade com os recursos que nós temos né? Porque hoje no período da tarde é só eu e uma psicóloga, né? Então são só duas profissionais no período da tarde, acaba ficando puxado, né? A gente não tem um oficineiro, né? É uma dificuldade grande de conseguir material para os pacientes. A gente passou bastante tempo sem lanche para eles, né? (E12).

Sem falar em todo o outro apoio que a gente precisava que seria questão de leito psiquiátrico que o município não tem, então muitos pacientes que poderiam estabilizar em uma semana, três dias, estabilizar no leito de saúde mental, o leito psiquiátrico, não precisariam de repente tá indo para o internamento, né? (E13).

A ideia sobre a categoria 'saúde mental' não se enquadrar em fluxos é concernente ao que se espera de uma clínica da atenção psicossocial, pois quando imperam normas rígidas, os dispositivos institucionais colocam o usuário na posição de obedecer subservientemente, o que colabora para cronificação do seu adoecimento (Oliveira, Veronese & Palma, 2009). A inexistência de leitos de saúde mental em hospitais gerais no município perpetua a internação de longo prazo como resposta às crises, repetindo a mesma lógica manicomial com foco na exclusão. Somado a isso, a ausência de recursos mínimos para o funcionamento efetivo do CAPS e dos demais dispositivos da RAPS impõe entraves ao processo de trabalho da equipe e a sua articulação com a rede, que necessita encontrar maneiras para adequar os PTS a essas lacunas presentes,

Eu vejo que a gente tem tentado pensar mais os tipos de atendimentos que a gente consegue ofertar dentro de um esquema mais geral e como que o serviço vai se organizar e a tentar ajustar isso às necessidades que a gente encontra de cada um (E4).

Aquilo que a gente pode oferecer e como é um processo de trabalho muito cheio, muito cheio até de demandas burocráticas mesmo, fica difícil para a gente pensar a flexibilidade que um PTS demanda (E5).

(...) a gente tá recebendo muito paciente da área rural e tá com muita dificuldade de vir aqui, né? Então a gente tenta articulação com o próprio psicólogo da unidade de saúde para fazer um tipo de plano terapêutico diferenciado. Aí a gente fez... discuti aqui, incluiu ela aqui, mas não tem como colocar em grupo porque os horários de ônibus lá é horrível. Aí eu fico com atendimento de TR e daí a gente fez com que a psicóloga atendesse ela lá de 15 em 15 dias, né? (E10).

Mesmo diante dos desafios impostos, os relatos indicam apostas criativas e tentativas coletivas nas possibilidades da rede, estratégias consideradas de resistência frente aos recursos precários. Por fim, ainda se observam desafios diversos para efetivar a transformação do imaginário social e cultural sobre a loucura e o cuidado em saúde mental no CAPS,

Eu acho do CAPS, a gente tem uma luta bem grande assim para ser enxergado e visto, né? Porque a gente percebe que é um serviço que fica sabe, meio na margem assim, a gestão não enxerga como prioridade. Nós não somos vistos assim como prioridade e eu acho que pela gestão, eles não enxergam nem o trabalho que é feito dentro do CAPS, né? O CAPS não possui nem equipe mínima para trabalho, então o município desse tamanho, com a quantidade de habitantes ter só um serviço e com uma equipe que não é nem a mínima é bem difícil, porque não consegue dar conta de toda demanda que tem (E15).

Os CAPS frequentemente permanecem à margem e não são considerados prioridade pelos gestores, invisibilização que pode ser entendida como uma herança do modelo asilar, ainda presente. Conseqüentemente, os usuários continuam isolados, com poucas oportunidades para apropriação do seu território de cuidado. Tal cenário se expressa nos relatos analisados, nos quais os desafios continuam a se repetir e precisam ser enfrentados tanto dentro quanto fora dos muros dos CAPS.

## 5. Considerações Finais

Os resultados deste estudo indicam a coexistência de modos de cuidado distintos - psicossocial e asilar - nas práticas relatadas por profissionais dos CAPS. Constata-se que a ausência de recursos mínimos para o funcionamento efetivo dos serviços prejudica o direcionamento para a atenção psicossocial, indicando a necessidade de reforço nos investimentos e fortalecimento da RAPS nas esferas federal, estadual e municipal, para possibilitar novos avanços das políticas públicas em saúde mental. A coexistência de diferentes paradigmas de cuidado nos serviços substitutivos faz refletir sobre a urgente necessidade de alinhamento, investimento e educação permanente para pautar o trabalho a partir de uma dimensão ética do cuidado. A exemplo do PTS a nível do cuidado, parece urgente a construção, revisão e atualização do 'projeto terapêutico institucional' para além do critério legal à obtenção de financiamento de CAPS. O resultado desta pesquisa contribui para tal reflexão, uma vez que essa realidade se mostrou presente nas entrevistas.

Ainda nesse contexto, a dimensão ética do cuidado deve ser efetivada por meio da disponibilidade para encontros genuínos com os mais diversos agentes sociais, contrastando com uma abordagem técnica excessivamente especializada, que ainda predomina, como apontado pelos participantes da pesquisa. Nesse sentido, a RPB contribuiu para a redução dos leitos psiquiátricos em instituições asilares e para a expansão da rede substitutiva. No entanto, ainda há obstáculos significativos à transformação do modelo de cuidado, pois os conceitos de periculosidade e incapacidade ainda estão enraizados na sociedade, legitimando práticas de exclusão como espaços de cuidado.

O olhar que ainda destaca o sintoma/doença e coloca os usuários 'entre parênteses' se faz presente em relatos dos trabalhadores. Ainda, observa-se a individualização do sofrimento e a imposição de modelos rígidos de tratamento, reduzindo as possibilidades de cuidado à lógica da medicalização da vida e exclusão da sociedade. A configuração de um CAPS 'não territorializado' evidencia uma falha estrutural na implantação do serviço, reflexo de uma rede fragmentada e com escassez de recursos.

No entanto, em meio a essas lógicas antagônicas de cuidado, alguns relatos dos trabalhadores revelam uma aposta na clínica ampliada, superando a rigidez das agendas e priorizando o protagonismo e a autonomia do usuário. Nesse contexto, as concepções de crise são ampliadas, favorecendo abordagens mais humanizadas e um 'estar ao lado' do usuário, muitas vezes fora dos espaços tradicionais de atendimento. A construção de vínculos entre o sujeito, a equipe e o território se torna um aspecto central para sustentar as estratégias da atenção psicossocial, e posiciona o CAPS não apenas como um serviço que acolhe o usuário quando ele adere ao tratamento, mas como um espaço que também se adapta ao usuário, garantindo acessibilidade e continuidade no cuidado.

Como limitações deste estudo, destaca-se o fato de ter sido realizado em apenas um município, o que reflete uma realidade local específica e impede a generalização dos dados. Além disso, o tamanho amostral reduzido limita a amplitude das análises a nível de rede. Para pesquisas futuras, sugere-se a investigação da percepção dos usuários e familiares sobre estes mesmos serviços, bem como pesquisas sobre outros pontos da rede, e estudos comparativos entre municípios com diferentes níveis de implementação da RAPS.

Por fim, é fundamental reconhecer que o avanço das políticas públicas de saúde mental depende de uma articulação constante entre os diversos níveis de gestão e os diferentes atores sociais. A participação ativa de usuários, familiares e comunidades deve ser integrada de forma efetiva nos processos de planejamento e implementação das políticas. A escuta e a inclusão desses sujeitos garantem que as práticas de cuidado estejam alinhadas com as reais necessidades do território, promovendo um cuidado verdadeiramente transformador. Em muitos casos, a resistência a mudanças mais profundas nas práticas de saúde mental se deve à falta de um comprometimento institucional com a inclusão social e com a perspectiva de cuidado integral. Superar essa resistência é um desafio que exige não apenas investimentos financeiros, mas também uma mudança cultural dentro das instituições, que deve ser construída a partir de uma educação permanente, da formação de equipes interdisciplinares e do fortalecimento das redes de apoio social e comunitário.

## Referências

- Amarante, P. (2021). *Loucura e transformação social: Autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Amstalden, A. L. F., Hoffmann, M. C. C. L. & Monteiro, T. P. M. (2010). A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In Lauridsen-Ribeiro, E. P. P. & Tanaka, O. Y. (orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Barcellos, C., Sabroza, P. C., Peiter, P. & Rojas, L. I. (2002). Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11, 129-138. Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/713>.
- Barretto, L. D., Merhy, E. E., Slomp J. H., Cruz, K. T. & Santos, M. L. M. (2024). Comunidades Terapêuticas no Brasil: uma revisão de escopo entre 2001 e 2021. *Revista Psicologia Política*, 24, 1-20. doi: [10.5935/2175-1390.v24e24000](https://doi.org/10.5935/2175-1390.v24e24000).
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Editora Persona.
- Carlos, M. de M., & Gallassi, A. D. (2024). Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: quais desafios enfrentam os profissionais para matricular, reunir-se e encaminhar? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 28, 1-18. doi: [10.1590/interface.230651](https://doi.org/10.1590/interface.230651).
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo, SP: Unesp.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In Amarante, P. (org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

- Elia, L. (2013). Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva. In *Resumos do II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública*, São Paulo, SP. Recuperado de: <https://redehumanizaus.net/65942-centro-de-atencao-psicossocial-como-dispositivo-de-atencao-a-crise-em-defesa-de-uma-certa-infelicidade-inventiva>.
- Fernandes, A. D. S. A., Tano, B. L., & Matsukura, T. S. (2021). *Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. Santana de Parnaíba: Manole.
- Ferreira, G. S., Moro, L. M. & Rocha, K. B. (2022). Análise dos pressupostos do paradigma psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na perspectiva de profissionais. *Ciências Psicológicas*, 16(2), 1-17. doi: [10.22235/cp.v16i2.2225](https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2225).
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4. ed.). SP: Atlas.
- Godoy, C. L. (2025). *Cuidado e situações-limites: as clínicas possíveis em um centro de atenção psicossocial*. (Tese de conclusão de Curso - Programa de especialização multiprofissional em atenção psicossocial SES-SP, Itapeva). Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1593784>.
- Jardim K. & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicol Rev.*, 13, 169-90. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a11.pdf>.
- Manzarra, S. B. U., Tabuti, R. C. T., Nocera, T. P., Castro, D. & Tchaikovski, O. (2018). Uma experiência de resgate da memória da saúde mental do Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná [Internet]*. 1(2): 141-145. Recuperado de <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/121/37>.
- Minayo, M. C. S. & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativas. *Revista lusófona de educação*. 40, 139-153. Recuperado de: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>.
- Moura, B. R., Amorim, M. de F., Reis, A. O. A., & Matsukura, T. S. (2022). Da crise psiquiátrica à crise psicossocial: noções presentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(11), 1-12. doi: [10.1590/0102-311XPT087522](https://doi.org/10.1590/0102-311XPT087522).
- Nabarrete, L. M. S. & Bastos, P. R. H. O. (2024). Análise sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. *Multitemas*, Campo Grande, MS, v. 29 n. 71, p. 71-92, jan./abr. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/multi.v29i71.4199>.
- Nogueira, L. E. F. L., Silva, N. S., Pinho, E. S., Sousa, J. M., Araújo, C. A. L. & Caixeta, C. C. (2024). Diálogos possíveis entre apoio matricial e saúde mental: avaliação de um processo de educação permanente. *Psicologia Argumento*. 42, 2493-2514, jul./set. doi: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.42.118.AO07>.
- Oliveira, C. F. de (2024). Saúde mental no Brasil em tempos de pandemia e neoliberalismo: retrocessos e resistências. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 31, 1-19. doi: [10.1590/S0104-59702024000100017en](https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100017en).
- Oliveira, I. M. A. de, Veronese, L. G. & Palma, C. M. de S. (2009). A servidão mais que voluntária: dispositivos burocráticos em instituição de saúde mental. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(4), 1343-1354. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482009000400013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000400013&lng=pt&tlng=pt).
- Pierini, M. M, Boska, G. A, Claro, H. G., Luz, P. O & Oliveira, M. A. F. (2023) The ability of Psychosocial Care Centers specialized in Alcohol and Drugs to handle crises. *Revista Latino-Americana Enfermagem*; 31:e 3849. doi.org/10.1590/1518-8345.6167.3849
- Rotelli, F. A. (1990). Instituição inventada. In Nicacio, F. (Orgs.). *Desinstitucionalização*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(3), 1-16. doi: [10.1590/0102-311X00042620](https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620).

- Santos, M. (1997). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. (2 ed). São Paulo, SP: Hucitec.
- Sousa, J. M, Farinha, M. G, Lucchese, R, Paranaguá, T. T. B, Nunes, F. C. & Bezerra, A. L. Q. (2025). Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: o que pensam, sentem e fazem os profissionais? *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro. [doi.org/10.12957/reuerj.2025.87334](https://doi.org/10.12957/reuerj.2025.87334).
- Sousa, J. M., Farinha, M. G., Lucchese, R., Landim, J. S. S., Nunes, F. C. & Bezerra, A. L. Q. (2025). Acolhimento Centrado na Pessoa em Centros de Atenção Psicossocial: Fatores Impulsores nas Perspectivas dos Profissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, SP, ISSN 1980-6906 (on-line). <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePT>.
- Vuori, H. (1991). A Qualidade da Saúde [online]. *Divulgação em Saúde para Debate*. Recuperado de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4415308/mod\\_resource/content/1/A%20qualidade%20de%20sa%C3%BAde.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4415308/mod_resource/content/1/A%20qualidade%20de%20sa%C3%BAde.pdf).
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz. doi: [10.7476/9788575413623](https://doi.org/10.7476/9788575413623).
- 

**Editoras Responsáveis:** Débora Patrícia Nemer Pinheiro e Thainara Granero de Melo.

**Recebido/Received:** 21.07.2025 / 07.21.2025

**Aprovado/Approved:** 15.01.2026 / 01.15.2026