



UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE
FACULDADE DE PSICOLOGIA

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

**Dos manicômios ao cuidado em liberdade com os Centros de Atenção
Psicossocial (CAPS)**

SÃO PAULO

2025

Aline de Castilho – 2223101338
Beatriz Braga Soares – 2223105329
Dayane de Assis Ferreira – 2222104501
Gabrielly Rodrigues da Silva – 2223106158
Grazielle Vitória Oliveira Nascimento – 2223100983
Isabella Urias Fogli – 2223100352
Kathelin Demétrio dos Santos – 2223100428
Lisandra Oliveira Nunes – 2223102671
Lucas Alves dos Reis – 2223104809
Natália Nunes de Assis – 2223109375
Sabrina dos Santos Sousa – 2223104543
Shirley Andrade Santana – 2223108458
Stephany Belisária de Carvalho – 2223101386

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

GRUPO 11

Trabalho desenvolvido na disciplina Estágio Básico Supervisionado: Práticas em Psicologia Social do 6º semestre do curso de Psicologia, visando a integração entre teoria e prática no campo da pesquisa científica.

Orientador (a): Guilherme Aleixo Sandrin

SÃO PAULO

2025

RESUMO

Este trabalho apresenta uma reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, marcada pela transição do modelo manicomial para um cuidado mais humanizado e comunitário, com foco em pessoas que apresentam sofrimento psíquico. A partir de estudos teóricos e da análise de uma entrevista realizada com uma assistente social atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se compreender os princípios da Reforma, o cuidado em liberdade, a valorização da autonomia e a defesa dos direitos humanos com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A pesquisa evidenciou que, apesar dos avanços conquistados desde a promulgação da Lei nº 10.216/2001, ainda existem desafios importantes, como a presença de práticas que ainda geram exclusão, a falta de recursos adequados para os serviços e o preconceito que atinge usuários e profissionais. Os relatos da entrevistada também revelam a força dos vínculos construídos no CAPS, o impacto das estratégias que buscam minimizar os prejuízos e o papel essencial da equipe multiprofissional em fortalecer o cuidado e o sentimento de pertencimento. Os resultados mostram que a Reforma Psiquiátrica vai além de uma mudança na estrutura dos serviços, trata-se de um processo contínuo que exige participação social, compromisso ético e defesa constante de um cuidado sem práticas manicomiais. O estudo destaca também a importância do CAPS como espaço que ajuda a reconstruir trajetórias, fortalecer a autonomia e assegurar os direitos das pessoas em sofrimento mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; CAPS; Saúde Mental; Cuidado em Liberdade; SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO.....	2
3. METODOLOGIA.....	3
4. JUSTIFICATIVA	4
5. RESULTADOS	4
6. DISCUSSÃO	7
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
REFERÊNCIAS.....	10
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	12
APÊNDICE B - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 20/09/2025.....	13

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a saúde mental tem se apresentado como um dos maiores desafios das políticas públicas de saúde, especialmente em países marcados por tantos indicadores de desigualdades sociais, como o Brasil. Durante muito tempo, o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico esteve vinculado à proposta manicomial, caracterizada pelo isolamento e pelo “tratamento” em hospitais psiquiátricos, também chamados de sanatórios e hospícios. Esses espaços, em vez de promoverem cuidado, tornaram-se locais de exclusão, segregação e violação de direitos humanos, como evidenciam os relatos do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, retratados na obra *Holocausto Brasileiro*.

Nesse sentido, emergiu no Brasil em 1970 um forte movimento social, político e científico que deu origem à chamada Reforma Psiquiátrica, inspirada em experiências internacionais, como a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. Essa reforma propôs a substituição progressiva do modelo asilar pelo cuidado comunitário, priorizando a atenção psicossocial e a reintegração social das pessoas com transtornos mentais. A promulgação da Lei nº 10.216/2001 marcou um avanço decisivo ao reconhecer os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e vincular a saúde mental ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de estimular a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ainda assim, a trajetória da Reforma Psiquiátrica não ocorreu de forma linear. Se, por um lado, garantiu conquistas históricas na defesa da cidadania e no combate às práticas de exclusão, por outro, enfrentou limitações e contradições que permanecem até hoje. Pesquisas mostram que práticas manicomiais continuam presentes, mesmo em serviços substitutivos como os CAPS e residências terapêuticas. Esse fenômeno, descrito como “desejos de manicômio”, revela que a lógica de exclusão e controle da loucura ainda resiste no cotidiano da saúde mental, exigindo atenção crítica para que a Reforma não se limite a trocar o espaço do manicômio por novas formas de segregação.

A relevância desse debate está em compreender que a Reforma Psiquiátrica não se limita a uma mudança no modelo assistencial, mas envolve também a defesa dos direitos humanos, a valorização da cidadania e a inclusão social de pessoas historicamente marginalizadas. Trata-se de um tema atual e em constante disputa, atravessado por embates políticos, sociais e culturais, que exige reflexão crítica e vigilância permanente para que o ideal de uma sociedade sem manicômios continue sendo perseguido. Além disso, fomos a campo e realizamos uma entrevista com uma psicóloga clínica atuante no SUS, com o objetivo de compreender, a partir

de seus relatos, como os princípios e transformações da Reforma Psiquiátrica se apresentam na prática dos serviços de saúde mental.

2. OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a trajetória e os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, destacando o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços estratégicos na substituição do modelo asilar. A partir da perspectiva apresentada por Amarante (1998), que evidencia a luta pela superação da lógica manicomial, e das diretrizes estabelecidas pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), busca-se compreender como os princípios da Reforma – defesa dos direitos humanos, inclusão social e valorização da cidadania – se expressam no cotidiano da atenção psicossocial. Além disso, pretende-se articular a discussão teórica com a prática, por meio da análise dos relatos obtidos em entrevista com uma psicóloga atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de refletir sobre os avanços e desafios ainda presentes na consolidação de uma sociedade sem manicômios.

3. METODOLOGIA

Este estudo tem como objetivo entender as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e como seus princípios aparecem no dia a dia dos serviços de saúde mental, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A ideia é refletir sobre como o modelo psicossocial vem sendo aplicado e de que forma ele contribui para substituir o antigo modelo manicomial, ainda presente em algumas práticas. A pesquisa foi feita em duas partes: uma parte teórica e outra de campo.

Na parte teórica, foram estudados artigos, livros e documentos que falam sobre a história da Reforma Psiquiátrica, os princípios da atenção psicossocial e o funcionamento dos CAPS. As leituras foram escolhidas em bases de dados acadêmicas e em materiais reconhecidos na área, dando preferência a textos que tratam da realidade brasileira e dos desafios enfrentados no país.

Já a parte de campo aconteceu por meio de uma entrevista com uma psicóloga clínica que atua no SUS, realizada no dia 20 de setembro de 2025, às 20:00 horas, pela plataforma Google Meet. As perguntas foram preparadas com antecedência, com o objetivo de entender como a profissional percebe o funcionamento dos serviços de saúde mental, as práticas de acolhimento e os efeitos da Reforma Psiquiátrica na rotina de trabalho.

A conversa também buscou compreender como os princípios da Reforma, como o cuidado em liberdade, a reintegração social e o respeito aos direitos humanos, aparecem na prática. A entrevistada foi convidada a contar sobre sua experiência profissional, apontando avanços, dificuldades e desafios que ainda existem para consolidar o modelo substitutivo ao manicômio.

Assim, a metodologia combinou teoria e prática, permitindo observar de forma mais completa como a Reforma Psiquiátrica se reflete na realidade dos serviços e na atuação dos profissionais de saúde mental.

4. JUSTIFICATIVA

A Reforma Psiquiátrica no SUS representa um avanço crucial contra o modelo manicomial, que promovia isolamento e violação de direitos, como no caso do Hospital Colônia de Barbacena (Holocausto Brasileiro, Arbex, 2013). Essa reforma, inspirada em Franco Basaglia e consolidada pela Lei nº 10.216/2001, justifica o trabalho ao enfatizar a transição para o cuidado comunitário e a inclusão social, abordando desigualdades no Brasil.

Apesar dos progressos, persistem práticas excludentes em serviços como os CAPS, denominadas “desejos de manicômio” (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020). O estudo se justifica pela urgência de analisar essas contradições, promovendo uma reflexão crítica para evitar retrocessos e garantir direitos humanos.

Contribuição para o Campo e Impacto Esperado: O trabalho contribui ao examinar a aplicação prática da reforma, incluindo relatos de profissionais do SUS, e fomenta debates sobre inclusão social (Amarante e Nunes, 2018). Espera-se impactar políticas públicas, avançando em uma sociedade sem manicômios.

5. RESULTADOS

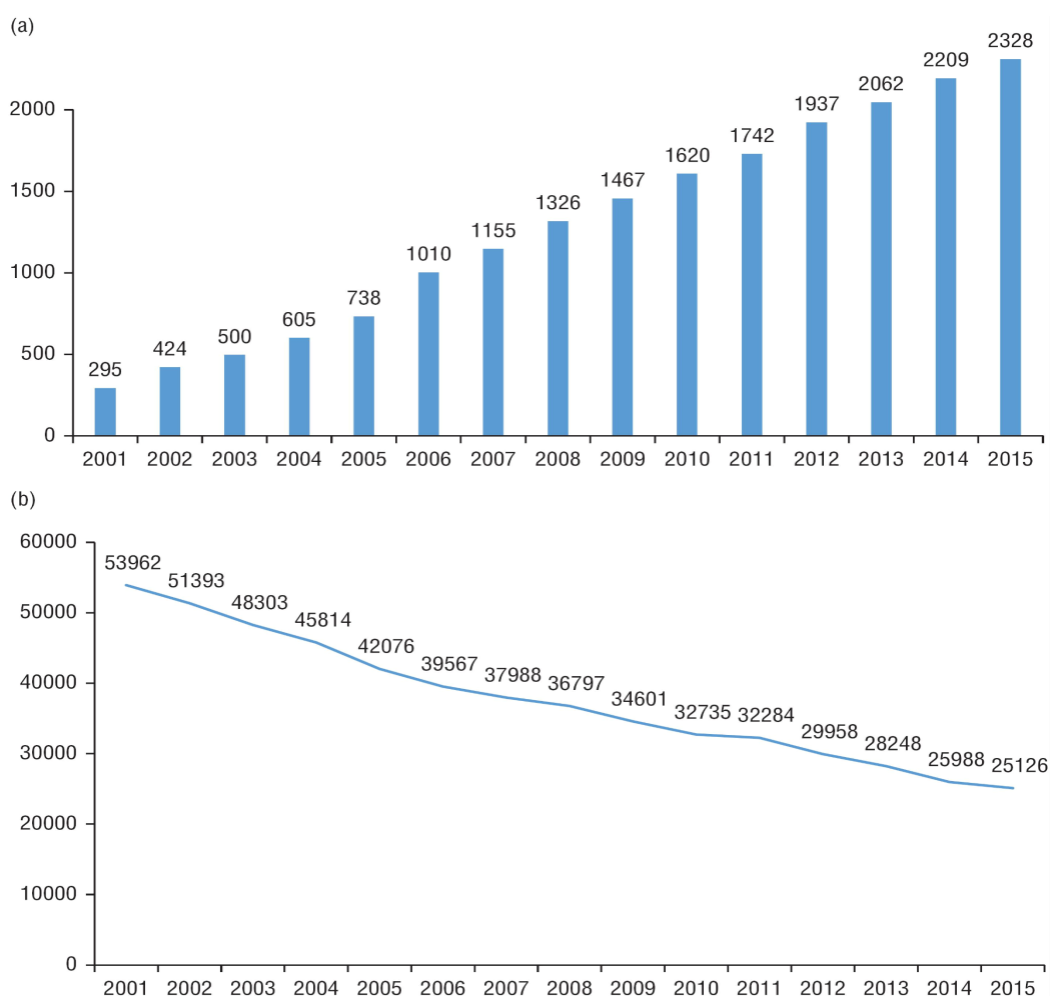
A superação do modelo manicomial teve como um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). A proposta final da Lei 10.216 foi aprovada em 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, traz proteção ao direito das pessoas com transtornos mentais e redireciona a forma que deve correr o seu atendimento. A Lei redireciona a forma do modelo de assistência, ou seja, prioriza a reinserção social e tratamento ambulatorio; Redireciona e esclarece a internação do paciente que deve ser feita em último caso e apenas se tiver o consentimento do paciente, de algum familiar ou se for determinado judicialmente; garante os direitos e dignidade dos pacientes e estabelece limites e responsabilidades do estado em relação as políticas publicas da saúde mental..

É perceptível como a redemocratização e o processo da reforma psiquiátrica abriram espaço para a implementação de Redes de Atenção Psicossociais em grande parte do Brasil e mostrando crescimento de serviços comunitários, apesar de estar em crise e restrição monetária.

Observando de forma crítica podemos fazer uma análise e compreender os avanços obtidos e os desafios que ainda enfrentamos nos dias atuais.

Trazendo os avanços à tona, logo percebemos a desinstitucionalização, desconstruimos comportamentos e práticas das relações de rotulação e estigmatização quando lidamos com um transtorno psíquico. Ou seja, agora cria-se meios terapêuticos mais funcionais, respeitosos e éticos para que hajam interações espontâneas.

Outro ponto positivo extremamente importante que a luta antimanicomial nos possibilitou foi o surgimento de serviços assistenciais como o Núcleo de Atenção Psico-social (NAPS); Centro de Atendimento Psico-social (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura. E em contrapartida a isso temos a decrescente de leitos psiquiátricos em hospitais. Para melhor visualização podemos observar o gráfico abaixo, onde vemos na parte superior (A) os números de criação de novos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) até o ano de 2015 e atingiu 67% da cobertura ideal no país e em consequência a diminuição progressiva dos casos de leito em hospitais psiquiátricos.



Fonte: Ministério da Saúde, 2015. Adaptado de Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Calouste Gulbenkian.

Entretanto, com a consolidação e crescimento da luta antimanicomial aparecem também novos desafios, principalmente quando se trata de um país com dimensões continentais e com uma diversidade cultural vasta. Uma das dificuldades principais é a desigualdade regional, no Brasil é impossível construir um modelo assistencial que dê o mesmo auxílio para megalópoles e para cidades pequenas do interior com população escassa.

Outra questão importante que a saúde mental brasileira ainda sofre é o subfinanciamento dentro de um sistema que já é subfinanciado. A Organização Mundial da Saúde orienta que os investimentos na saúde mental tenha apenas 5% do orçamento da área da saúde, ou seja, se considerarmos o crescimento na atenção primária e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) podemos ver que o percentual não acompanha os avanços que a área apresenta constantemente.

Um desafio que persiste desde muito tempo até os dias atuais é o preconceito e segregação. Szaz (1978) analisa que o processo de exclusão foi efetivado pela hospitalização em asilos; pelo surgimento da psiquiatria e dos psiquiatras, os quais passaram a ser os tutores dos considerados insanos e incapazes de convívio social. E atualmente, mesmo após a reforma psiquiátrica podemos observar atitudes de exclusão e de prejulgamento contra as pessoas com transtorno, principalmente em ambientes virtuais por meios de piadas que dão sentido de antipatia para com os denominados “doidos” e as pessoas que frequentam o CAPS.

Assim, podemos ver que a reforma psiquiátrica teve muitos desafios durante os anos enquanto se consolidava e até os dias de hoje, mas em contrapartida também mostrou muitos avanços para a área da saúde mental e dos direitos humanos. Porém trata-se de um processo social transformativo que atua sobre o modo de compreender e agir diante de uma problemática multidimensional que está em constante evolução. Como perspectivas futuras podemos pensar em melhorias estruturais, das práticas administrativas, na produção científico-tecnológica (incentivar novas pesquisas avaliativas, fomentar novos estudos teóricos e práticos, produzir dados epistemológicos e estatísticos etc.) e na gestão social. Com essas melhorias evitamos a dependência em decisões ideológicas, facilita a avaliação e justificativa para maiores investimentos públicos nesse serviço e garante inovações futuras para mais desafios que podem surgir.

6. DISCUSSÃO

A primeira fala destaca a importância do cuidado humanitário e da individualização do atendimento: “não tem como você colocar todo mundo na mesma problemática”. Essa afirmação se opõe diretamente ao modelo manicomial, que desconsiderava a singularidade dos sujeitos e os tratava de forma padronizada e excludente. A valorização do desejo do paciente e da sua autonomia como apontado na fala “tem que ter o desejo do próprio paciente de querer se cuidar” é um ponto fundamental do cuidado em liberdade. Esse entendimento dialoga com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que busca romper com práticas autoritárias e criar espaços de escuta, participação e responsabilidade das duas partes.

Nesse sentido, Amarante e Nunes (2018) destacam que a reforma psiquiátrica não se limita a mudanças estruturais, mas envolve a construção de um novo lugar social para a loucura, sustentado na participação ativa do usuário e no reconhecimento da sua autonomia .

Na perspectiva da Psicologia Social crítica, como a de Maritza Montero e Mary Jane Spink, a subjetividade é construída nas relações sociais. Portanto, cuidar do sujeito envolve compreender seu lugar no mundo, sua história, seu território e as redes que o cercam. Ao afirmar que o trabalho começa a partir do que o paciente “consegue bancar no cuidado”, a profissional evidencia a importância de um cuidado possível, ajustado às condições reais daquele indivíduo, algo essencial para evitar o abandono terapêutico.

Outro ponto relevante a se destacar é da parte em que diz que alguns dos profissionais do SUS: “tem profissionais que vão só pelo salário, mas tem profissionais que valorizam o SUS”. Isso revela preocupações existentes dentro das políticas públicas. Embora o SUS seja um sistema universal, nem todos os que atuam nele compartilham da mesma compreensão ética e política do seu papel. A Psicologia Social, ao analisar as instituições como espaços de reprodução de discursos e práticas sociais, nos alerta para a importância de uma atuação crítica, que vá além da técnica e se comprometa com os direitos e a dignidade das pessoas em sofrimento.

Essa ambivalência também aparece no estudo de Oliveira Filho et al. (2024), que evidencia que mesmo entre profissionais que atuam na saúde mental, ainda há discursos que minimizam a reforma e defendem modelos centrados na internação psiquiátrica sob a justificativa da “eficácia” do modelo anterior. Essa crítica reforça a importância de profissionais comprometidos com os valores da reforma para que a lógica manicomial não se reproduza nos serviços substitutivos.

Além disso, o trecho que menciona a visão da sociedade sobre o CAPS como um “lugar de louco, de alguém pobre” evidencia o estigma social ainda presente sobre os serviços de saúde mental e seus usuários. Esse preconceito afasta a população e reforça a exclusão de quem mais precisa do cuidado. Conforme Goffman (1988), o estigma atua como uma marca social que invalida o sujeito e o torna invisível. Nesse sentido, o CAPS se apresenta como um espaço humano e acolhedor, pois oferece acolhimento sem distinção de classe, raça ou condição econômica, sendo, como dito, uma “porta aberta para todos”.

Esse posicionamento reafirma o que o artigo de Amarante e Nunes (2018) destaca como um dos pilares da luta antimanicomial: reconstruir o lugar da loucura na sociedade, enfrentando o estigma e ampliando a participação social .

A adoção da política de redução de danos é outro ponto chave “a gente trabalha na linha de reduzir o uso da substância, fazendo com que ele conviva em sociedade”. Essa abordagem rompe com o modelo de abstinência, reconhecendo o uso de substâncias como fenômeno complexo, multifatorial e atravessado por questões sociais. Em vez de impor abstinência, o CAPS busca estratégias para promover a vida, a dignidade e a reinserção social. Essa prática está alinhada com os princípios da Psicologia Social, pois entende o sujeito como alguém que precisa de vínculos, pertencimento e possibilidades reais de transformação.

Esse enfoque também dialoga com o alerta de Alverga e Dimenstein (2006) sobre a necessidade de práticas instituintes, que rompam com modelos normativos e permitam modos singulares de existir, evitando reproduções de controle e exclusão .

Também merece destaque a fala sobre os casos em que o sujeito ainda não reconhece seu uso como um problema: “a gente trabalha na linha da sensibilização”. Essa estratégia evidencia o respeito ao tempo psíquico do usuário, apostando na construção de vínculos e no trabalho progressivo com ele e sua família. A resistência da família, que às vezes “esconde por vergonha ou medo”, demonstra como o estigma atinge não só o indivíduo, mas também seus laços sociais. A Psicologia Social, ao enfatizar a importância das redes sociais e da comunidade, aponta que o cuidado deve envolver todos esses elementos.

Por fim, a percepção dos usuários, que afirmam que o CAPS “é uma família que eles nunca querem perder”, revela a força afetiva desses espaços. Quando o cuidado é construído com escuta, respeito e vínculo, o usuário se sente pertencente e valorizado. A Psicologia Social reconhece o papel essencial das relações de afeto, solidariedade e apoio mútuo na construção da subjetividade e da saúde mental. Esse sentimento reforça o que Amarante e Nunes (2018) descrevem como o caráter cultural e coletivo da reforma, que ultrapassa a clínica e transforma modos de convivência e cidadania.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo o conhecimento da reforma psiquiátrica, assim como buscar compreender como esta mudança foi de extrema importância na área da saúde. Partindo do pressuposto de que, cada ser humano tem suas individualidades e questões mentais e, seguindo a linha da entrevistada convidada para o trabalho, pudemos chegar na conclusão de que não devemos colocar todos na mesma problemática. Diferentemente do modelo manicomial que tratava os sujeitos de forma padronizada, o CAPS busca acolher, proteger e dar direitos para pessoas com transtornos mentais.

Em uma sociedade que a saúde mental ainda é vista como drama, a reforma psiquiátrica é como uma virada de chave e uma luz no fim do túnel. Por muitos anos a patologização e a internação eram propostas como a única alternativa para um comportamento visto como “louco”, “doente”. Porém, com o surgimento do CAPS, uma outra alternativa pôde ser estabelecida, uma alternativa que visa um cuidado mais humanizado. A reforma psiquiátrica valoriza as singularidades de cada indivíduo, proporcionando um cuidado maior em relação à saúde mental e mantendo o contato dos próprios com as suas respectivas famílias e a comunidade.

Os resultados do nosso trabalho explica historicamente a reforma psiquiátrica e suas problemáticas na sociedade, e como surgiu o seu crescimento, em gráficos e em contextualização de sua evolução e desenvolvimento. Assim entendemos o crescimento complexo e desafiador, da reforma psiquiátrica para o acesso dos dias de hoje, que apesar de muitas desconstruções, precisa e está em constante evolução.

Nossa discussão aborda a opinião dos autores Amarante e Nunes, que reforçam as limitações da reforma psiquiátrica, não somente como as mudanças sociais. O ponto de vista da psicologia social, que considera o ambiente como grande influência para o sujeito. Como seu território e relações sociais transformam o sujeito em seu ambiente.

E enfatiza a importância do Sistema Único de Saúde, como seus profissionais praticam hipocrisia quanto ao significado do SUS de acolhimento e não de negligência, que se encontra sendo a atual realidade. Como descrito no nosso resumo, através da entrevista feita por uma profissional da saúde que se dispôs a realizar a entrevista e a nos explicar que apesar de muitos anos de desafios e avanços para a reforma psiquiátrica ser considerada não como algo para “loucos” e sim dar o acesso da saúde mental a todos que se disponibilizam para tê-la. Apesar de tantos esforço e mudanças no pensamento da sociedade quanto a reforma psiquiátrica, o preconceito e a inacessibilidade continua sendo predominante até nos dias de hoje.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/s2xwj>. Acesso em: 29 set. 2025.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2025.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/L10216.htm. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 29 set. 2025.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2025.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **A reforma psiquiátrica no Brasil: perspectivas e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 7, p. 2459-2467, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMHY84XFW9QTNhMhdc45HFt/?lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2025.

DELGADO, Pedro Rafael Godinho. **Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229019298010.pdf>. Acesso em: 29 set. 2025.

FILHO, Pedro de Oliveira et al. **Reforma psiquiátrica brasileira: argumentos críticos de profissionais de hospitais psiquiátricos**. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2024.v33n4/e230507pt/pt>. Acesso em: 29 set. 2025.

GALDINI, Ana Maria; DALGALARRONDO, Paulo. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>. Acesso em: 29 set. 2025.

GALDINI, Ana Maria; ODA, Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **O início da assistência aos alienados no Brasil: importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001012>. Acesso em: 29 set. 2025.

OLIVEIRA, Verônica Teresinha Catarina; TOZATTO, Alessandra. **Contextualizando os desafios da desinstitucionalização psiquiátrica**. 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11679/5537>. Acesso em: 29 set. 2025.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. **A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/WmBG9DzdL4CPnT7VHxCmDkw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2025.

QUEIRÓS, Francisco Aquinei Timóteo; MAGALHÃES, Élisson Nogueira. **Nas margens da literatura e do jornalismo: um estudo da obra Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex**. Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura, v. 7, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/tropos/article/view/2174>. Acesso em: 29 set. 2025.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulada **“Estágio Básico Supervisionado – Práticas em Psicologia Social”** supervisionado por Professor **Guilherme Aleixo Sandrin**, psicólogo, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail **g.a.sandrin@uni9.pro.br**.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é compreender a prática dos trabalhadores em saúde nas diversas instituições que compõem a rede de serviços SUS, clínicas privadas e projetos sociais de saúde.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada assim como participação junto ao pesquisador. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e supervisor.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa(CONEP).

São Paulo, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____

APÊNDICE B – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA – 20/09/2025

E1: Boa noite, só para contextualizar um pouco, nós temos esse trabalho para fazer, voltado para o SUS. Escolhemos como tema a Reforma Psiquiátrica e o CAPS, abordando essa mudança do modelo manicomial para o atual, que é o CAPS. Como você já possui vivência enquanto assistente social no CAPS, acreditamos que sua experiência prática pode contribuir bastante, trazendo uma visão mais concreta do funcionamento do serviço, já que o nosso trabalho é teórico. A partir disso, separamos algumas perguntas com base nas nossas curiosidades, e vamos conduzir aqui como uma entrevista. Você pode ir respondendo conforme souber, e, caso não saiba ou não se sinta à vontade para responder alguma delas, pode simplesmente pular para a próxima. Nosso objetivo é apenas complementar nosso estudo com a sua perspectiva prática.

R: Eu posso colaborar aí nesse trabalho, né?

E2: Com certeza.

E2: É um adendo. Se quiser adicionar alguma coisa, contar alguma história também, por favor.

R: Tá bom. Então, vamos lá. Podem perguntar.

E1: Vamos lá, o que te motivou a trabalhar no CAPS?

R: Então, na verdade, eu sempre quis trabalhar no SUS. Desde que eu me formei, eu sempre trabalhei no âmbito da assistência social. Então, eu sou formada há 11 anos como assistente social e sempre tive vontade de trabalhar no SUS. E aí, houve a oportunidade... Pelo menos na área em que eu atuava, a gente sempre sabia muito mais das vagas em CAPS do que, por exemplo, na UBS. E aí, as oportunidades sempre foram via CAPS. E eu tentei por sete anos. Eu sempre mandava currículo, nunca dava. E aí, um belo dia, as portas se abriram. Então, a oportunidade de trabalhar na saúde era uma forma também de eu conhecer outros espaços, como atuação. Porque como eu já estava há muito tempo, desde o meu estágio, atuando na área da assistência social, eu queria experimentar, vivenciar um pouco da saúde.

E1: E quanto tempo você está atuando como assistente social no CAPS?

R: No CAPS eu estou há dois anos e seis meses.

E1: Na sua visão, quais foram os principais avanços que o CAPS trouxe para o cuidado em saúde mental ao longo desses anos?

R: Muitos. Mas eu acho que, em primeiro lugar, é o cuidado humanitário. Você ser humano, trabalhar a individualidade do próprio paciente ou do indivíduo. Esse é o ponto chave do serviço no CAPS. Não tem como você colocar todo mundo na mesma problemática. Eu

trabalho no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) álcool e outras drogas (AD). Não adianta a família ir pedir, implorar. Tem que ter o desejo do próprio paciente de querer se cuidar. E dentro do desejo dele é que aí começa o trabalho individual de acordo com as necessidades. E o que ele consegue, a gente usa muito esse termo lá, o que ele consegue bancar no cuidado.

E1: Você percebe alguma resistência por parte da sociedade ou dos profissionais, em abandonar a lógica manicomial?

R: Sim, sim. Nem todo mundo que trabalha no SUS reconhece e valoriza o SUS. Muitos que, de fato, paga mesmo. Depois, quando você está lá, você quer bancar. Pensando nessa lógica, só pelo dinheiro. Então, tem profissionais que vai ficando no espaço só por benefício próprio, de alguém pobre, que não tem condições de pagar, de repente, uma clínica. Pensando na minha clínica que eu atuo, que é a AD. E aí vai olhando aquele espaço como um espaço de pessoas só para todos. Mas tem resistência, tem bastante resistência, pensando na população mais periférica, pessoas mais vulneráveis, e que, de fato, são os que acessam mais.

E1: Na época dos manicômios, as pessoas eram basicamente isoladas como se não existisse chance de transformação. Então, quando a pessoa apresentava algum problema, a pessoa era isolada com a ideia de que quem tinha algum problema não conseguiria mudar. Você percebe alguma resistência nesse sentido? Os profissionais que trabalham lá, pensam que essas pessoas que estão lá têm alguma chance de mudança, ou são profissionais que ainda estão presos nesse pensamento, nessa resistência?

R: Eu sempre falo para as famílias assim, vamos supor. A família procura o serviço, e é uma família que está desesperada, está adoecida, porque quando a gente fala de substâncias, a gente está falando de transtornos e sofrimentos persistentes. Então, a substância... ela abre muitos campos para os transtornos mentais. E aí, quando a família está muito adoecida, ela encontra no CAPS aquele espaço de mudança por completo. Então, ela acredita que ali vai existir a salvação para aquele filho, para aquele marido, para o neto, para o sobrinho... E a gente sempre trabalha na linha do desejo e da participação coletiva. Então, não é um espaço que vai salvar da substância, fazendo com que ele conviva em sociedade, fazendo com que ele encontre os desafios que ele tem que encontrar no território dele, desde o uso, desde a biqueira, desde o traficante... E, ao mesmo tempo, estar num lugar seguro e não um lugar que vai prender. Então, a gente sempre fala que trancar não é tratar. Isso tem uma frase que fica lá na sala de acolhimento do CAPS. Então, toda vez que você tem a ideia de querer colocar a pessoa ali forçada, eu sempre faço a pessoa olhar no quadro que tem lá e dizer que trancar não é tratar. A gente trabalha no cuidado e liberdade, que é o que você falou. Na época do manicômio, você ficava preso naquele espaço, impossibilitando a pessoa viver em sociedade e, às vezes, situações

até de pessoas que faziam uso de substância e ficavam lá. E o nosso caso, não. A gente trabalha no cuidado e liberdade, possibilitando com que ele consiga vivenciar a vida, o território, as atividades comuns, como qualquer outra pessoa, mas lembrando que não existe um espaço de salvação, porque é um conjunto de cuidado entre o CAPS, a família, se tiver, que muitos não têm, e o próprio paciente, que é o protagonista de tudo isso. Sem ele, é muito difícil a gente avançar no cuidado. Não sei se eu te respondi.

E1: Respondeu sim. E como que funciona a rotina diária dentro do CAPS?

R: Depende. Eu vou te falar como funciona comigo lá, de acordo com a organização do gerente que eu trabalho. Então, lá ele constrói uma grade de atividades para cada profissional. Lá tem em torno de um pouco mais de 40 profissionais, porque lá é CAPS que tem acolhida noturna, onde os pacientes passam 15 dias lá quando é preciso. A gente chama de acolhida noturna porque lá não se pode falar que é uma internação, porque em internação, obviamente, a pessoa tem o dever de ficar, e lá não, ele pode ficar até 15 dias, caso ele deseje. E cada grade de atividades do profissional, ele tem horas, grupos, atendimentos individuais e saídas externas do CAPES. No meu caso, de segunda a sexta-feira, eu tenho uma grade de atendimentos individuais, que pode ser avaliação social ou um atendimento individual que eu entenda que precisa explorar um pouco mais aquele paciente. Eu faço quatro grupos, então eu faço o grupo de redução de danos, faço o grupo de família, faço o grupo de mulheres, que nós chamamos de TPM, não é TPM, mas é tudo para mulheres. A gente está com outro grupo agora de florescer feminino, que é algo que a gente trabalha a saúde, a cultura, tudo voltado para a saúde somente da mulher. Eu faço um grupo de trabalho e prevenção, então a gente vai trabalhando a ideia do voltar no mercado de trabalho, voltar, fazer atividades que foram interrompidas, desde curso, escola, e eu fico no acolhimento. Então, o que é ficar no acolhimento? É a porta aberta. Chegou o paciente que quer ser atendido, eu estou ali na porta para atender. E aí eu faço a UBS também, eu faço cinco UBS da região, onde a gente vai fazer o matriciamento, ou seja, a gente vai lá para discutir casos que a UBS tem de demanda relacionada a uso de álcool e outras drogas. E eu também faço atividade com os indígenas lá em Parelheiros. Então, eu vou para as aldeias a cada 15 dias, onde eu faço a aldeia, a aldeia Teinondeia e a aldeia Frucutu. E a gente atende indígenas que fazem uso de álcool e outras drogas lá também. Então, essa é a minha grade, né? Cada uma tem uma grade diferente.

E1: Fora o atendimento que você falou de porta aberta, tem algum outro tipo de atendimento?

R: Os individuais. Então, por exemplo, sei lá, uma colega minha, que é psicóloga, ou um teólogo, ou o próprio médico, e lá nós temos três psiquiatras e dois clínicos gerais. Então,

está com uma demanda social, eles conversam comigo antes, e a agenda, faz o agendamento na minha agenda. E lá eu consigo entender qual é a demanda dele, né? Então, se é uma demanda de INSS, dar entrada em algum benefício, alguma avaliação social de repente, ah, não tem programas sociais, então eu vou vendo tudo isso. E lá eu faço atendimentos individuais, quando eu vejo, por exemplo, se eu estou no grupo, ó, vou contar, já que a Isabela falou de contar uma história, eu tenho um paciente que ele estava há três anos no mesmo grupo, que é o grupo de redução de danos. O grupo de redução de danos, a gente trabalha estratégias para diminuir o consumo. Então, a gente vai trabalhando, tá, vamos lá, eu pego a grana, então eu pego 100 reais, eu divido, sei lá, 50 eu gasto em alimento, 40 para o cuidado básico, e 20 eu separo para fazer uso de cocaína. Então, são essas estratégias que a gente vai trabalhando com o paciente. Só que esse paciente, quando eu peguei o grupo, né, que ele acabou sendo transferido para mim, eu já estava em torno de sete meses nesse grupo e eu percebi que o paciente já não estava mais avançando na redução de danos. Então, ele estava usando a redução de danos como amuleto. Então, eu pego aqui, diminuo ali, ele ficava nesse consumo até o momento que o consumo foi aumentando. E aí, eu chamei, fiz um atendimento individual com ele e avaliei que ele não estava mais rendendo, não estava sendo mais terapêutico para ele ficar naquele grupo de redução de danos. Então, eu convidei ele e refiz o PTS dele, que é o projeto terapêutico singular. Nesse PTS, eu tirei ele do grupo de redução de danos, coloquei ele em outro grupo de álcool, que é somente álcool, porque ele só faz uso de álcool, poucas vezes ele faz de cocaína. E eu comecei a agendar atendimentos semanais com ele no individual. Então, não sei se a minha filha falou, mas eu sou formada também como psicóloga, me formei recentemente. Então, eu aproveito essas habilidades e essa formação que eu adquiri recentemente e tenho feito um trabalho com ele no individual. Nós estamos há dois meses no individual e aí eu percebi o avanço, né? Então, hoje ele fica mais de duas semanas sem fazer consumo, dias de jogo ele consegue assistir jogo sem precisar fazer uso de álcool, ele reduziu bastante o uso, não faz mais uso, nem que seja pontual, ele não está mais fazendo uso de cocaína como ele fazia pontualmente. A relação familiar melhorou muito porque a gente também está atendendo a família. Então, tudo avançou para ele. Então, o atendimento individual serve para isso, para você fazer um acompanhamento, tirar ele um pouco do grupo e trazer para o individual para entender melhor outras demandas que ele não traria no geral. Esse é um dos exemplos.

E1: De que forma você acredita que o CAPS se diferencia de um hospital psiquiátrico tradicional?

R: Por exemplo, hospital psiquiátrico, normalmente a pessoa não pode sair de lá. Ela tem período de acompanhamento em hospitais psiquiátricos. Por exemplo, nós temos um caso

judicializado onde tem uma paciente que ela está numa ala psiquiátrica de um hospital aqui de São Paulo, onde ela está há dois anos porque o irmão dela é advogado e tem conseguido mantê-la numa ala psiquiátrica há dois anos. Ela não vê, ela não sente o ar, ela não vê a rua e ela está isolada nesse serviço da rua, da vida dela. Num hospital psiquiátrico, às vezes acontece de o paciente não dar conta de um CAPS e ele acaba sendo transferido para um hospital psiquiátrico, mas isso é via UPA, não é via CAPS. Poucas vezes acontece no CAPS. Então, essa é a diferença. Ele pode ter algumas atividades lá, mas não é uma atividade que te dá liberdade de voltar para casa, de trabalhar algumas... as potências que o território tem, né. Trabalhar com a família. Então, os atendimentos num hospital psiquiátrico são muito pontuais. Então, a família vai visitar algumas informações importantes. No CAPS, não. No CAPS, a gente trabalha a família, trabalha a autonomia, trabalha a redução de danos. Então, numa ala psiquiátrica, você fica abstinente. Então, lá, a linha de trabalho é abstinência total. No CAPS, não é assim. A gente trabalha na política de redução de danos, as atividades, o desejo do que ele quer fazer, do que grupo terapêutico ele quer dentro da nossa avaliação técnica também, porque não dá para ser só o que ele deseja. A gente também precisa perceber o que ele dá conta. Então, a gente precisa ter essa pontuação técnica, mas sempre trabalhando em conjunto com ele. E o direito de ir e vir. Então, ele pode ir para o CAPS e retornar para casa. Somente em cuidados mais intensivos é que ele não pode ir para casa e voltar que é a colina noturna, por exemplo. Ele passa 15 dias com a gente lá.

E1: Aproveitando que você falou sobre a família, como é esse processo entre a família e o CAPS?

R: Bom, eu faço grupo de família, e no grupo de família, a gente vai trabalhando o que leva o adoecimento dessas famílias para quem tem filhos, maridos, nesse processo de uso de substância. Então, a gente vai trabalhando, primeiro, a dor dessa família, que ela chega dilacerada, querendo respostas e querendo ferramentas para lidar com tudo aquilo. Porque a família, antes dela buscar ajuda no CAPS, ela vai trabalhando em cima de sentimentos, do amor, do desejo de melhorar, desejo de fazer o melhor pelo filho. Vai cedendo muitas vezes. Então, a família vai entrando num nível de ceder, ceder desde vou comprar a droga para você, vou pagar pro traficante as dívidas que você faz, vai permitindo, muitas vezes, que eles acabem furtando coisas em casas. Então, vai lidando com a agressividade do próprio usuário, quando ele está em uso, até em momentos que eles podem ter alguns surtos, ter sintomas muito mais fortes que a família não dá conta. Então, a gente vai trabalhando isso. Primeiro, a gente trata, tenta trabalhar a dor, vai trabalhando até se esgotar. Então, ela vai falar, ela vai chorar. Eu falo ela porque 100% das pessoas que vão pro grupo de família são mulheres. Pouco se vê homens desejosos ali de

cuidar do seu filho, da sua filha ou da sua esposa, muitas vezes, da sua companheira. A maioria das vezes são mulheres. Então, depois que a gente trata, ameniza um pouco essa dor, que ela entende que aquele espaço é um espaço de confiança, aí a gente vai começar a trabalhar um pouquinho sobre os limites. Então, como que eu também vou deixando de ser codependente do meu filho, porque que é o codependente? Porque enquanto ele está 24 horas buscando a droga, a família fica 24 horas vivendo e pensando nesse filho, ou nesse marido, nesse pai. Então, se ele sai, aí para onde ele vai? Por que que ele está demorando? O que que vai acontecer? Será que alguém matou? Será que alguém fez mal? Então, eles vivem em função 24 horas dessa pessoa. Então, a gente vai trabalhando os limites, vai trabalhando também o direito do próprio usuário de substância decidir o que ele quer, vai trabalhando a culpa, a família se culpa demais, aonde eu errei, onde eu falei, o que que eu poderia ter feito? Por que que eu não enxerguei? Vai trabalhando frustrações e medo, né? O medo do filho ter recaída, o medo do filho ter um lapso, porque recaída e lapso é diferente, a recaída é quando ele volta para aquele uso que ele estava antes e o lapso é um uso pontual, mas depois ele se recupera e começa a ter a funcionalidade dele. E uma coisa que é importante, só para eu aproveitar a minha fala, é que nem todo mundo que usa substância é um paciente para ser atendido em CAPS. A gente percebe muito isso na UBS, então a gente vai fazer matriciamento e aí a gente de saúde fala assim, ai Marcela, precisamos fazer uma visita na casa de fulano, mas ele faz uso? Faz o que? Maconha. Mas a maconha faz ele ser uma pessoa disfuncional? Ah, não sei. Então é muito importante a gente perceber isso. O CAPS só trabalha dentro de um sistema onde a pessoa não tem mais funcionalidade, então a droga já atingiu a ponto de não ter funcionalidade no trabalho, na vida social, na vida familiar, nos relacionamentos amorosos, vai fazendo ele perder essa funcionalidade. E ele precisa, ele precisa dizer que o uso da substância está causando prejuízo. Se ele não reconhece, ele ainda sensibilização. Então fazer uma visita todo mês, e dizendo para ele o que que a substância vem causando, e trabalhando com ele aos poucos até ele reconhecer. E isso tem que estar em eu estou falando vai ser um problema. Então tem que estar todo mundo ali em sintonia para gente poder desenvolver o trabalho como completo, com a família e com ele.

E1: Quais são os maiores desafios que você tem com o seu trabalho diariamente?

R: Eu acho que um dos maiores desafios é quando o paciente começa a desistir dele mesmo. Porque eu aprendi nesses dois anos e meio a lidar com as minhas expectativas enquanto profissional. Então quando você entra no CAPS, o paciente fica um mês sem fazer consumo, você já cria uma expectativa de que, uau, ele está curado. Hoje eu já não trabalho mais com expectativas nenhuma. Tanto que eu falo para eles assim, olha, que às vezes eles têm vergonha

quando tem recaída, né, eles falam, ah, dona Marcela, eu não vim aqui porque fico com vergonha da senhora, né, a senhora acreditou tanto em mim, eu falo assim, mas em nenhum momento eu tive uma expectativa sobre você. A gente trabalha o hoje, e é nesse hoje que a gente vai trabalhar. Se amanhã você usar ou não usar, estamos juntos da mesma forma. Mas o maior desafio para mim é quando eles pensam em desistir. E o desistir que eu falo é desistir da vida, de fazer perder sentido, as coisas que eles desejavam antes. Porque quando vão perdendo sentido, eles vão sumindo do CAPS. E aí o uso vai sendo mais intenso, eles vão ficando mais em cenários de uso, ou eles vão se isolando mais dentro de casa, fazendo um consumo maior, eles deixam de receber a gente em casa, eles dão aquela sumida. E aí é um desafio, porque como que eu trabalho a sensibilização se eu não tenho acesso a ele? Ou então eles somem do território, ninguém mais sabe para onde foi. E às vezes vão pro centro da cidade, faz consumo, né. Esse é um dos maiores desafios. E isso falando mais de homem, quando se trata de mulheres usuárias, o meu maior desafio é trabalhar a redução de danos com elas quando são casos judicializados. Que os filhos foram pro acolhimento por conta do consumo. E aí a gente trabalha com a vara da infância aqui de Santo Amaro, então a gente tem um período aí curto para tentar sensibilizar e fazer dar sentido o tratamento para ela, para não perder a criança. Mas recentemente teve um casal que eles de fato não estavam preparados para esse cuidado e aí as crianças acabaram indo para adoção. E aí acabou. Foi para adoção, não tem mais como lutar por esses filhos. E aí a tendência quando isso acontece é eles consumirem mais substância e saírem de vez do CAPS. E aí você tá falando de uma mulher vulnerável, uma mulher que faz uso, que se coloca em risco, que faz sexo por droga, que é muitas vezes estuprada por vários homens quando está em uso abusivo, na rua. Então esses são os grandes desafios.

E1: Como que os usuários reagem às propostas de cuidado?

R: Bom, quando eles estão dispostos e quando eles entendem o sentido do CAPS, que é trabalhar, é um trabalho de formiguinha, que é um trabalho no cuidado e liberdade, porque quando a gente fala de cuidado e liberdade a gente também vai devolvendo para eles responsabilidades. No começo é difícil ter uma responsabilidade, da porta para fora do CAPS eu ter que dar conta de não passar no bar, não bebe, de eu passar na biqueira que tá todos os amigos lá, os amigos lá e me convidarem pra, vou usar o termo que eles usam, dar um tiro e ah, é só um tiro, vou para casa e descanso, ou eu faço uso de uma pedra só de crack e tá tudo bem. Esse é o maior desafio para eles. Mas quando eles começam a entender que nós estamos juntos, que a gente não vai largar a mão deles, o processo é longo e que não tem cura, mas é um trabalho paliativo. A vida inteira vai ser um trabalho paliativo. Então quando eles entendem isso, tudo começa a ficar mais fácil e aí eles começam a eles começam a ter uma força muito grande. Eles

têm um compromisso com o CAPS, com os médicos, com as medicações, com o grupo terapêutico e eles se tornam também um pôr terapeuta nos grupos. Porque eles também fortalecem o outro que tá mais derrubado. Então quando eles chegam num auge que eles estão bem, eles começam a falar na própria linguagem que só eles entendem que talvez o terapeuta nunca vai conseguir atingir. Então eu como terapeuta do grupo, nunca vou chegar na linguagem deles porque eu não faço uso de substância. Então eles têm, eles conseguem passar pro outro o que ele sente, o que que é o desejo do uso. O que que é a abstinência, o que que é a fissura, só eles sabem. E aí começa a ter uma melhora para eles, uma melhora para família, o território começa a enxergar ele, ele começa a reconhecer valores que ele não encontrava mais, eles começam a ter planos e desejos, então tudo isso vai avançando conforme eles vão percebendo que o CAPS está ali para dar essa força e que o CAPS tem todos esses instrumentos para ajudar. Só que aí tem uma questão, gente, aí eles se apegam demais ao CAPS, aí eles não querem ter alta. E quem tá abstinente, já tá 5, 6 meses sem consumo nenhuma de substância, a gente dá alta, dá alta e faz a transferência de cuidado para UBS, que lá ele pode ser cuidado com o psiquiatra de lá, o clínico de lá, aí o problema, porque muitos que acabam tendo alta recaem, porque não voltam ao CAPS, que lá um ambiente seguro, humano, individual, que trabalha o singular dele, aí ele sente falta e recai para poder voltar para gente, aí é um trabalho de formiguinha novamente.

E1: Interessante. Fora a experiência que você comentou, você teria alguma outra experiência para compartilhar, que mostra a importância do CAPS na vida dos usuários?

R: Eles falam que o CAPS “é uma família” que eles nunca querem perder. Eles falam que o CAPS “é uma mãe, um lugar acolhedor”, e que se não fosse CAPS, muitos deles já estariam mortos. Então quando eu vou olhando para o CAPS hoje e vou lendo a história da reforma psiquiátrica, que vou olhando os casos absurdos que se tem em manicômios e hoje, aí acho importante falar que os manicômios não foram completamente instintos, porque aí a gente vai pensando também numa comunidade terapêutica que vai invadindo esses espaços e vai se colocando nessa linha perante ao manicômio, colocando todo mundo no mesmo barco, sem médicos para cuidar, vai fazendo os próprios pacientes de funcionários do local, então acho importante falar que o CAPS faz uma ação junto com a secretaria de saúde, com a defensoria, vai visitar esses locais para ver um monte de absurdo que acontece lá. E eles vão de surpresa, então eu to para vivenciar essa oportunidade de ir a esses lugares, mas meus colegas que foram. Ainda semana passada teve uma ação que conseguiu retirar 16 pacientes de lá, em estados críticos, pessoas com transtorno, sem cuidado nenhum, sendo funcionários do local. Então aí a gente vai entendendo qual é a importância do CAPS, tem gente nessas comunidades terapêutica

que vão até o CAPS para ter acesso ao médico, e ai eles vão sob vigilância de um funcionário de lá também, e pagam um valor absurdo em torno de mil reais e muitas vezes a família paga para o próprio paciente trabalhar lá dentro, lá não é cuidado. E ai você vai ver a importância do CAPS, uma equipe multi, nós temos uma assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico, educador tem um outro nome, não me lembro agora, tem enfermeiros, auxiliar técnico de enfermagem, neste CAPS específico tem três psiquiatras, dois clínicos geral. Então olha o tamanho desses profissionais que tem para atender lá e esse um paciente passa por todos. Desse grupo, eu vou colocar ele nesse grupo que o terapeuta ocupacional atende. Então a gente tem mini equipes que discutem esse caso, que todo mundo tem um olhar, então são vários profissionais olhando por ele, pensando sempre numa logica dessa liberdade, dessa autonomia, desse cuidado, e nesses lugares na comunidade terapêutica, lá eles não gostam de trabalhar, tem lugares que não aceitam medicação e trabalham com abstinência sem uso de remédio, é não acredita nessa ciência do cuidado e saúde e trabalha só com a cura religiosa, e são obrigados a orar de manhã, orar de tarde, orar a noite, e a gente vê muitos relatos que quando eles não fazem aquilo que é pedido, eles ficam sem alimentos, eles se negam, a ter um tipo de oração eles ficam sem alimentos, esses são casos pelos próprios pacientes. Então quando você vê a diferença do CAPS, que lá a gente trabalha a religiosidade deles, mas com todo respeito, toda cautela, a gente incentiva, porque a gente trabalha com a saúde, com a espiritualidade dele, com a vida social dele, a gente incentiva ele buscar a fé dele, em algum espaço onde ele possa se conectar, porque muitas vezes eu falo assim para eles, “O que a religião de vocês, o que vocês acreditam falam, muitas vezes o CAPS não vai trazer”, o CAPS vai trabalhar outros campo, a gente vai trabalhar outras partes, então buscar a espiritualidade neste contexto é muito importante. Eu sou apaixonada pelo serviço do CAPS, pelo serviço do SUS, se as pessoas soubessem que trabalho é feito no CAPS, abria menos gracinha que estão tendo na internet, isso dificulta muito nosso trabalho, eles têm vergonha de falar as vezes com amigos.

E1: Vamos finalizar com mais uma última pergunta, quais foram as maiores conquistas que você já vivenciou nesse espaço?

R: Eu atendo muitos casos judicializados. Trabalhar com as mulheres, para mim, é algo muito forte. Apesar que a grande maioria de lá é muito mais homens usuários do que mulheres. Mas, como eu atuo com mulheres desde quando eu entrei, você olhar para mulheres que chegam a um nível no CAPS de baixa autoestima, de cuidado básico prejudicado, mulheres vivendo violências. E aí, quando você vê a transformação dessas mulheres, não tem preço. É algo muito forte, que mexe bastante comigo. Primeiro porque sou mulher e a gente consegue se aproximar mais das necessidades delas. E a gente olha elas como uma potência tão grande. Mas, ao mesmo

tempo, quando estão em situações de usos, ficam mil vezes mais vulneráveis que os homens. Então, mulheres que eu atendi e atendi judicializados, que não conseguem perder a guarda dos seus filhos, mas que conseguem reaver, e conseguem voltar a ter autonomia, conseguem maternar, conseguem se olhar nesse processo de cuidado dos filhos, isso para mim não tem preço. Mas, eu acho que o caso do paciente que eu falei para vocês, que saiu do grupo e está no atendimento individual comigo, e que eu estou percebendo gradativamente os avanços, não da questão do uso, mas da comunicação com a família dele, o quanto melhorou, da aproximação da filha, isso para mim está sendo muito significativo. Então, não tem preço ver a evolução dos pacientes, o desejo de cuidado. Quando os pacientes falam assim, Marcela, eu estava fazendo uso de 10 pinos de cocaína, e agora eu estou fazendo 5, eu já estou super mega feliz, eu já fico muito feliz, porque houve uma grande redução do consumo. E o reconhecimento deles, deles voltarem e falar, poxa, às vezes, a gente fazer fatos para eles, tem um ano que você falou isso para mim e eu nunca mais esqueci. Então, o quanto você se sente também útil, não só como profissional, mas como pessoa humana mesmo, porque para você estar nesse trabalho, não tem que ser só isso.

R: E eu convido vocês a assistirem a série do Profissão Repórter. Eles fizeram uma reportagem no CAPS onde eu atuo. Então, quem tiver o Globoplay e quiser dar uma olhada, lá

E2: Perfeito. Vamos, inclusive, repassar essa informação e indicar para a sala enquanto a gente estiver apresentando. Achei super válido, muito interessante!

R: Eu participei da reportagem. Eles filmaram alguns grupos que eu participei. Se vocês quiserem ver, é uma muito bacana a reportagem.

E2: Perfeito. Muito obrigada pela disponibilidade, pela colaboração, pela participação. Foi tudo ótimo. Essa entrevista vai agregar tanto pessoalmente quanto profissionalmente, academicamente, enfim. Foi de grande aprendizado essa conversa. Muito obrigada mesmo.