



Eliane Regina Pereira  
(Organizadora)

# Saúde Mental: um Campo em Construção

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

**Eliane Regina Pereira**

(Organizadora)

# Saúde Mental: Um Campo em Construção

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Karine de Lima  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
S255	Saúde mental [recurso eletrônico] : um campo em construção / Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-596-9 DOI 10.22533/at.ed.969190309  1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde mental – Brasil. I. Pereira, Eliane Regina.  CDD 362
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A fabricação da doença

Boa saúde? Saúde ruim? Tudo depende do ponto de vista. Do ponto de vista da grande indústria farmacêutica, a má saúde é muito saudável.

A timidez, digamos, podia ser simpática, e talvez atrativa, até se transformar em doença. No ano de 1980, a American Psychiatric Association decidiu que a timidez é uma doença psiquiátrica e a incluiu em seu Manual de alterações mentais, que periodicamente põe os sacerdotes da Ciência em dia.

Como toda doença, a timidez precisa de medicamentos. Desde que a notícia se tornou conhecida, os grandes laboratórios ganharam fortunas vendendo esperanças de cura aos pacientes infestados por essa fobia social, alergia a pessoas, doença médica severa... (Eduardo Galeano, 2012, p. 124)<sup>1</sup>

Minha escolha por iniciar a apresentação deste ebook com Galeano se dá, por me sentir provocada a pensar no termo saúde. Quando falamos em saúde precisamos delimitar se falamos de um campo de prática ou de um campo de conhecimento.

Como campo de prática temos o SUS (Sistema Único de Saúde) – mas não apenas ele – que como sabemos é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos. Mas, quando falamos de campo de conhecimento, precisamos de uma discussão ampliada sobre o conceito de saúde. Não pretendo aqui analisar o conceito de saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde), uma vez que apesar dos avanços trazidos pelo conceito, ele não rompe com o paradigma da saúde vista como um equivalente inverso da doença.

Aqui, quero destacar, não um conceito de saúde, mas uma compreensão. Sawaia (1995)<sup>2</sup> escreve que saúde não é a ausência de doença ou de angústia, mas, é ter no corpo potência que permita a cada sujeito lutar. Lutar contra o que lhe entristece. Lutar contra a angústia que toma conta de si. A autora diz ainda, que promover saúde não é ministrar medicamentos ou ensinar padrões comportamentais, mas é atuar na base afetivo-volitiva dos comportamentos e ações, ou seja, atuar na relação emoção/pensamento.

Somando a esta discussão, Souza e Sawaia (2016, p. 04)<sup>3</sup> defendem que saúde é um conceito ético-político. As autoras escrevem

---

1 Galeano, Eduardo. (2012). Os filhos dos dias. (Tradução Eric Nepomuceno). Porto Alegre: L&P.

2 Sawaia, Bader Burihan. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. Psicologia Social: aspectos epistemológicos e éticos. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), Novas veredas da Psicologia Social (pp. 157-68). São Paulo: Brasiliense

3 Souza, Ana Silvia Ariza de, & Sawaia, Bader Burihan. (2016). A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Revista Psicologia Política, 16 (37), 305-320. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&tlng=pt).

“buscamos ressaltar uma dimensão ético-política da saúde, que considera essas determinações sociais, mas vai além, coloca o processo de saúde/doença na ordem da dialética entre autonomia e heteronomia, o que significa tirar a saúde do campo biológico e das condições materiais, inserindo-as na ordem da virtude pública. A saúde vai além do estado de bem-estar físico e espiritual, e adquire a dimensão da felicidade pública: poder de negociação com as autoridades de discutir os negócios públicos(...)”.

Demarcar que a saúde é ético-política, nos faz recordar que existe um sujeito, um sujeito de potência. E, portanto, não podemos falar em saúde, se não falarmos de condições de vida, se não falarmos de racismo, se não falarmos de violência doméstica, se não falarmos de questões de gênero. Se não falarmos dos determinantes sociais que constituem ética e politicamente a vida desse sujeito.

Quando Galeano escreve “A fabricação da doença”, sinto-me provocada a pensar na sociedade em que vivemos e, na medicalização da vida, do cotidiano, ou qualquer momento mais frágil no qual estejamos inseridos. Ao medicalizar a vida, esquecemos da potência humana, de toda potência que ainda existe apesar das dificuldades, das desigualdades, do sofrimento. Não dá para falar de saúde demarcando apenas a ausência de doença, demarcando apenas condições biológicas de vida, porque ter potência para lutar em momentos de dificuldade é ter SAUDE.

Não podemos negar o sofrimento, mas precisamos entender que ele compõe o sujeito, não é negar as condições sociais mais ao contrário entender que elas constituem sujeitos. Estar saudável é, portanto, dar conta de lutar, ter vigor, ter potência.

Este ebook é resultado de uma série de pesquisas e experiências em psicologia. Nele há relatos de sofrimento, mas muitos relatos de potência, de novos modos de compreender sujeitos e suas condições de saúde-doença.

O livro está organizado em três partes. A primeira parte intitulada “Relatos de Pesquisas” conta com vinte capítulos que apresentam diferentes pesquisas, algumas teóricas outras empíricas. As temáticas que circulam nesta parte, se referem a formação dos profissionais de saúde, diferentes propostas terapêuticas - Terapia Comunitária, Sarau Poético, Arteterapia - e, diferentes processos de adoecimento - autismo, usuários de CAPS, sofrimento psíquico, Reforma Psiquiátrica, Promoção de Saúde, Suicídio, Estupro, Depressão, Dependência Química. A segunda parte intitulada “Relatos de Experiência” é composta de seis capítulos. Nesta parte, os autores contam sobre seus trabalhos e os caminhos de compreensão do processo saúde-doença. A terceira e última parte intitulada “Ensaio” inclui oito pequenos textos, que permitem ao leitor acompanhar as reflexões iniciadas pelos autores.

Desejamos boa leitura a todos e que os conhecimentos aqui apresentados possam provocar e convocar reflexões, como faz Galeano.

Eliane Regina Pereira

## SUMÁRIO

### PARTE 1 – RELATOS DE PESQUISA

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ARTETERAPIA COMO EXPRESSÃO E SUPORTE DE SENTIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS	
Vanessa de Sousa Callai Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903091</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>14</b>
A PSICOLOGIA NOS CAPS	
Karla Maria Duarte Castro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903092</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>26</b>
A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM PSICOLOGIA: DESAFIOS E REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO	
Silvana Viana Andrade Suze Cristina Barros dos Santos Vânia Matias de Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903093</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>38</b>
AÇÕES DE PROTAGONISMO E GARANTIA DE DIREITOS NOS CAPS NO DISTRITO FEDERAL	
André Vinícius Pires Guerrero Barbara Coelho Vaz Adélia Benetti de Paula Capistrano Enrique Araujo Bessoni June Scafuto Correa Borges Pérolla Goulart-Gomes Natanielle Cardona Machado	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903094</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>50</b>
A EXCLUSÃO DOS ANORMAIS E A EFETIVAÇÃO DO DISPOSITIVO DA LOUCURA	
Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903095</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>59</b>
CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO EM IDOSOS NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL, NO PERÍODO DE 2007 A 2016	
Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco Sílvia Maria Ferreira Guimarães Patrícia Maria Fonseca Escalda	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9691903096</b>	

**CAPÍTULO 7 ..... 71**

CARACTERIZAÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2017: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE SÉRIES TEMPORAIS

Alesson Gabriel Martins Silva Bezerra  
Laura Moreira Queiroz  
Mila Nora Pereira Oliveira Souza  
Paula Cristian Dias De Castro  
Raissa Andressa Da Costa Araújo  
Thiago Barbosa Vivas

**DOI 10.22533/at.ed.9691903097**

**CAPÍTULO 8 ..... 82**

CRISE PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior  
Priscila Coimbra Rocha  
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté  
Alessandra Gracioso Tranquilli

**DOI 10.22533/at.ed.9691903098**

**CAPÍTULO 9 ..... 97**

CONTRIBUIÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RAPS: MAPEAMENTO DE AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE NA REGIÃO DO CAMPO LIMPO SÃO PAULO

Elisabete Agrela de Andrade  
Vivian Andrade Araújo  
Maria Camila Azeredo de Jesus  
Ludimilla Deisy da Silva Gomes Martins  
Karine Vieira de Moraes  
Mariangela Nascimento Bezerra de Paula  
Damares Borges dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.9691903099**

**CAPÍTULO 10 ..... 106**

DEMANDAS POR DIREITOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

Inês Terezinha Pastório  
Marli Renate Von Borstel Roesler

**DOI 10.22533/at.ed.96919030910**

**CAPÍTULO 11 ..... 116**

ESTUPRO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: O IMPACTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO COTIDIANO DA MULHER

Angela Pires da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.96919030911**

**CAPÍTULO 12 ..... 127**

ETNOFARMACOLOGIA, AYAHUASCA, E AS POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Rodrigo Scalabrin  
Maria Soledade Garcia Benedetti  
Germana Bueno Dias  
Thiago Martins Rodrigues  
Lincoln Costa Valença

**DOI 10.22533/at.ed.96919030912**



**CAPÍTULO 13 ..... 136**

EXERCÍCIOS FÍSICOS: EFEITOS SOBRE A DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA

Givanildo de Oliveira Santos  
Rosimari de Oliveira Bozelli  
Laís Mirele Oliveira Martins Daciuk  
Eliene Lopes de Souza

**DOI 10.22533/at.ed.96919030913**

**CAPÍTULO 14 ..... 147**

GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: ADOECIMENTO PSÍQUICO COMO REFLEXO AO TRABALHADOR

Rodrigo Scalabrin  
Darlim Saratt Mezomo  
Keila Rodrigues da Fonseca  
Régia Cristina Macêdo da Silva  
Sandra Maria Franco Buenafuente

**DOI 10.22533/at.ed.96919030914**

**CAPÍTULO 15 ..... 158**

LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA DE LA SALUD PUBLICA GLOBAL

Adriana Lucia Acevedo-Supelano  
Camilo José González-Martínez  
Maximiliano Bustacara-Díaz  
Luis Alejandro Gómez-Barrera

**DOI 10.22533/at.ed.96919030915**

**CAPÍTULO 16 ..... 167**

MULHERES DONAS DE CASA ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR ANTE O SOFRIMENTO DA ADIÇÃO E O AMBIENTE FAMILIAR

Gilmar Antoniassi Junior  
Ester Roza Luz Freitas  
Flávio Henrique Sousa Santos  
Luciana de Araujo Mendes Silva  
Glória Lucia Alves Figueiredo

**DOI 10.22533/at.ed.96919030916**

**CAPÍTULO 17 ..... 182**

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Daniel Borges Dutra  
Sonia Regina Jurado  
Izabela Carvalho Vieira  
Letícia Akie Nagata  
Cláudia Kauany da Silva Hildebrando  
Beatriz Soares dos Santos  
Vanessa Bernardo da Silva Souza  
Gabriela Melo Macedo  
Hilary Elohim Reis Coelho  
Mara Cristina Ribeiro Furlan  
Thais Carolina Bassler  
Adailson da Silva Moreira

**DOI 10.22533/at.ed.96919030917**

<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>195</b>
REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: ENTRAVES PERCEBIDOS POR PSICÓLOGOS COORDENADORES DE OFICINAS TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
Anelisa Cesario Santana Ana Luiza de Mendonça Oliveira Rodrigo Sanches Peres	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030918</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>205</b>
SAÚDE MENTAL: AÇÕES DE CUIDADO DA ENFERMAGEM	
Ana Vitória Conceição Ribeiro de Menezes Ana Socorro de Moura	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030919</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>218</b>
TRAJETÓRIA DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL	
Beatriz Jacques Cardoso Rodrigues Laís Chagas de Carvalho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030920</b>	
<b>PARTE 2 - RELATOS DE EXPERIÊNCIA</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>230</b>
A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ADOLESCENTES COM TEA	
Lídia Isabel Barros dos Santos Silveira Benhur Machado Cardoso Caroline Ramaldes Vaz da Costa Thatiane Gabriela Guimarães Pereira Ana Lúcia Silveira Rusky Ilton Garcia dos Santos Silveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030921</b>	
<b>CAPÍTULO 22</b> .....	<b>242</b>
OFICINA NA PRAIA – OCUPANDO O TERRITÓRIO COM UMA EXPERIÊNCIA PLURAL	
Nelson Falcão de Oliveira Cruz Fabrice Sanches do Carmo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030922</b>	
<b>CAPÍTULO 23</b> .....	<b>251</b>
GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA NO TERRITÓRIO: DISPOSITIVO TERAPÊUTICO A USUÁRIOS E FAMILIARES	
Sdnei Gomes dos Santos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030923</b>	
<b>CAPÍTULO 24</b> .....	<b>259</b>
PROPOSTA TERAPÊUTICA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA ARTE DE SER	
Maurício Pimentel Homem de Bittencourt Fabiano Guimarães de Carvalho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030924</b>	

<b>CAPÍTULO 25</b> .....	<b>271</b>
RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONSTRUINDO A AGENDA DE SAÚDE MENTAL UNIVERSITÁRIA	
Elisângela Lopes de Faria	
Ana Maria Cecílio	
Diego Vales Deslandes Ferreira	
Flávia M. Barroca de Barros	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030925</b>	
<b>CAPÍTULO 26</b> .....	<b>282</b>
SARAU POÉTICO DO CAPS ADIII: SINTO, FALO, ESCREVO E ME REINVENTO	
Suzi Keila Fiuza Andrade	
Murilo Cordeiro Gonçalves	
Talita Isaura Almeida Ferraz Araújo Pereira	
Thayse Andrade Fernandes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030926</b>	
<b>PARTE 3 – ENSAIOS</b>	
<b>CAPÍTULO 27</b> .....	<b>287</b>
A LOUCURA ENTRE O SISTEMA PRISIONAL E A ÉTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	
Ana Carolina de Lima Jorge Feitosa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030927</b>	
<b>CAPÍTULO 28</b> .....	<b>292</b>
CUIDANDO DE PACIENTE COM DEPRESSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR E TERRITORIAL: RELATANDO EXPERIÊNCIA	
Stela Almeida Aragão	
Thainan Alves Silva	
Rosineia Novais Oliveira	
Patrícia Anjos Lima De Carvalho	
Bárbara Santos Ribeiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030928</b>	
<b>CAPÍTULO 29</b> .....	<b>298</b>
MOVIMENTOS INSTITUINTES DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A PRESENÇA PRÓXIMA DOCENTE	
Maria Goretti Andrade Rodrigues	
Erilza Faria Ribeiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030929</b>	
<b>CAPÍTULO 30</b> .....	<b>301</b>
MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	
Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin	
Carolina Ozorio Kozoroski	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030930</b>	
<b>CAPÍTULO 31</b> .....	<b>310</b>
NOTAS SOBRE SEXUALIDADE: GÊNERO, UMA FALSA QUESTÃO?	
Paulo Renato Pinto de Aquino	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030931</b>	

<b>CAPÍTULO 32</b> .....	<b>314</b>
O CORPO NA COMUNICAÇÃO ENTRE TERAPEUTA E A SINGULARIDADE DO ESPECTRO AUTISTA	
Marlon Alves de Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030932</b>	
<b>CAPÍTULO 33</b> .....	<b>316</b>
SUICÍDIO NO BRASIL: A COMUNICAÇÃO A SERVIÇO DA SAÚDE	
Karoliny Donato Pinto de Oliveira	
Gabriel Fernandes de Sousa	
Keli Camila Vidal Grochoski	
Eveline de Almeida Silva Abrantes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.96919030933</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....	<b>322</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>323</b>

## AÇÕES DE PROTAGONISMO E GARANTIA DE DIREITOS NOS CAPS NO DISTRITO FEDERAL

### **André Vinícius Pires Guerrero**

Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília – Distrito Federal

### **Barbara Coelho Vaz**

Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília – Distrito Federal

### **Adélia Benetti de Paula Capistrano**

Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília – Distrito Federal

### **Enrique Araujo Bessoni**

Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília – Distrito Federal

### **June Scafuto Correa Borges**

Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília – Distrito Federal

### **Pérolla Goulart-Gomes**

Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília – Distrito Federal

### **Natanielle Cardona Machado**

Secretaria de Saúde do Distrito Federal  
Brasília – Distrito Federal

apresentar as principais barreiras e facilitadores da implementação de ações de fortalecimento do protagonismo e garantia de direitos dos usuários em dois CAPS do Distrito Federal, a partir da realização de uma pesquisa qualitativa de implementação, que percorreu três dimensões. Este artigo se limitará nas etapas de compreensão da dinâmica de funcionamento dos CAPS, por meio de entrevistas, observação e grupo focal; e do processo de devolutiva e elaboração de plano de ação. Os resultados apontam barreiras como descrédito de trabalhadores e familiares acerca da importância do protagonismo dos usuários, bem como pouca variedade de ações de exercício de direitos. Por outro lado, foram identificadas iniciativas de fomento e valorização da participação de usuários em espaços coletivos, de defesa direitos e de seu próprio tratamento, ações de trabalho e geração de renda como garantia de direitos básicos. O plano de ação foi elaborado conjuntamente com usuários, profissionais e gestão local, de forma a apontar as mudanças necessárias para qualificar práticas consoantes ao desenvolvimento da atenção de caráter comunitário, como espaços possíveis de diálogo e negociação entre as diferentes partes interessadas, para a construção conjunta de mecanismos que superem as barreiras identificadas e ampliem os facilitadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Protagonismo, Centro de

**RESUMO:** A Rede de Atenção Psicossocial e os Centro de Atenção Psicossocial têm como princípios o protagonismo e defesa dos direitos de seus usuários, sendo necessário identificar localmente barreiras que impedem sua operacionalização e facilitadores que os fortaleçam. Este artigo tem como objetivo

## ACTIONS OF PROTAGONISM AND GUARANTEE OF RIGHTS IN THE CAPS AT FEDERAL DISTRICT

**ABSTRACT:** Considering advocacy and user protagonism as main principles of Psychosocial Attention Network (RAPS) and Psychosocial Attention Centers (CAPS), it is necessary to locally identify barriers that prevent its operationalization and facilitators that strengthen them. This article aims to present the main barriers and facilitators of the implementation of actions to strengthen the protagonism and guarantee of users' rights in two CAPS at Federal District, from a broader embedded research that covered three dimensions. This article will focus on the dynamics of CAPS functioning, through interviews, observation and focus group; and on the process of devolutive and elaboration of action plan. The results point out barriers such as workers and family discrediting the importance of users' protagonism, as well as little variety of rights enforcement actions. On the other hand, it was identified initiatives to promote and enhance the participation of users at their own treatment, in collective CAPS' actions and public advocacy devices, and work and income generation activities as a guarantee of basic rights. The action plan was developed jointly with users, professionals and local management, in order to point out the necessary changes to qualify practices consonant to the development of community-based care, as possible devices to enable dialogue and negotiation among different stakeholders to overcome identified barriers and broaden facilitators.

**KEYWORDS:** Protagonism, Psychosocial Attention Center, Mental Health Services.

### 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautada na atenção psicossocial (AMARANTE, 2007), visa por excelência reposicionar a loucura na vida cotidiana e está fundamentada em marcos legais internacionais e nacionais. A Declaração de Caracas (OPAS, 1990) e a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD (ONU, 2006) convocam o compromisso dos Estados signatários de adotar ações de promoção e proteção dos direitos humanos e identificar desafios, bem como práticas comunitárias de reinserção social e meios para fortalecer o cuidado técnico.

Em âmbito nacional, a Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL, 2001) orienta o redirecionamento da política de saúde mental, tendo como pressuposto o fortalecimento do protagonismo e a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais através da ampliação e articulação de serviços de diferentes complexidades. Dentre estes encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, ordenadores do cuidado em saúde mental em seu território, fundamentais na articulação dos serviços da rede. Tais serviços comunitários devem apoiar a reorganização da vida social de seus usuários a partir do reconhecimento de seus direitos e do cuidado singularizado, contextualizado e multidimensional; com a participação ativa do usuário em seu

tratamento, para o reposicionamento enquanto protagonista de sua vida e ator político no serviço e na comunidade, o que inclui necessidades relacionadas ao trabalho e geração de renda, cultura, educação, habitação e rede social para a ampliação de sua autonomia (SARACENO, 2001; OMS, 2001).

Nos CAPS tais premissas foram instituídas pela Portaria nº 854/2012, que descreve seus procedimentos. Destacam-se aqui dois procedimentos que explicitam estratégias relacionadas à ampliação da participação dos usuários tanto na gestão dos serviços quanto em seu território:

**Promoção de contratualidade:** Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana (...), com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

**Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares:** Atividades que fomentem a participação (...) nos processos de gestão dos serviços e da rede (...); a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares (BRASIL, 2012).

O protagonismo no campo da saúde mental coloca-se assim como conceito fundamental para a inserção social dos usuários e para o processo de cuidado como um todo. A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto para a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, o sujeito político; do sujeito alienado, incapaz, a um construtor de projetos, de cidadania, de subjetividade (TORRE & AMARANTE, 2001).

Assim, o protagonismo deve se fazer presente em pequenas ações cotidianas junto aos profissionais, ampliando a participação dos usuários em seus processos de cuidado em saúde, na rotina familiar e relações sociais; bem como fora dele, por meio de intervenções via associações de usuários, cooperativas sociais, participação política em fóruns, conselhos de saúde e comissões de saúde mental (SARACENO, 2001).

Apesar da invisibilidade social das pessoas com sofrimento psíquico grave enfraquecer o *advocacy* da saúde mental, quando conseguem exercer seu protagonismo, produzir mobilização de usuários e familiares dos serviços para que os tomadores de decisão ouçam suas preocupações, potencializam-se as reformas da saúde mental no sentido de cuidado mais eficaz e proteção dos direitos humanos básicos (SARACENO et al, 2007).

Um estudo que avaliou as práticas dos CAPS do Nordeste do Brasil verificou que os CAPS de forma geral estimulam a autonomia, corresponsabilização do cuidado e protagonismo sociocultural e político nos serviços e comunidades, apesar de interferências na gestão, advindas das mudanças políticas sazonais, afetarem a continuidade dos serviços prestados (PITTA, COUTINHO & ROCHA, 2015).

Outras avaliações ressaltam aspectos positivos como flexibilidade; respeito à liberdade e à promoção da autonomia dos usuários; adesão ao tratamento; variedade na oferta de ações; oportunidades de socialização; redução na ocorrência de crises; redução do uso de medicamentos; aumento da participação em grupos; e, principalmente, maior satisfação dos usuários e familiares (TOMASI et al, 2010; KANTORSKI et al, 2009; SURJUS & ONOCKO-CAMPOS, 2011; LIMA & SCHNEIDER, 2013).

O desafio do exercício do protagonismo e participação social são analisados também a partir da participação possível *versus* desejável, tendo em vista que os espaços de participação existem, mas nem sempre resultam na ampliação da capacidade de interferirem de fato nos percursos de suas vidas, sendo necessário levar em conta processos institucionais, políticos e econômicos (COSTA & PAULON, 2012). Além disso, disputas de interesse e relações hierarquizadas entre profissionais e usuários, bem como processos participativos enrijecidos são barreiras para o protagonismo em saúde mental.

Por outro lado, dispositivos como a assembleia de CAPS são avaliados legitimadores da inserção dos usuários na gestão do serviço, bem como em seu próprio tratamento (JUNQUEIRA, CARNIEL & MANTOVANI, 2015).

A prática da gestão e implantação dos serviços demandam do gestor local o estabelecimento de arranjos organizativos de rede possíveis, a partir das especificidades e complexidades locais. Assim, a implantação de serviços conforme as diretrizes nacionais de funcionamento exigem mecanismos de gestão que garantam boas práticas em saúde mental e processos avaliativos regulares, visando qualificar cada vez mais a atenção em saúde.

O Distrito Federal (DF) conta com dezoito CAPS de diferentes modalidades, sendo apenas catorze habilitadas pelo Ministério da Saúde. Algumas das dificuldades relatadas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, envolvem a ausência de CAPS em algumas regiões, baixa cobertura de CAPS na modalidade III, dificuldade de articulação entre serviços e baixa autonomia da comunidade no controle e avaliação das políticas de saúde interferem na efetivação do cuidado em liberdade.

Logo, pesquisadores e gestores desenharam esta pesquisa com objetivo de levantar as principais barreiras e facilitadores para a implementação de ações e estratégias de fortalecimento do protagonismo e de garantia dos direitos dos usuários, desenvolvidas em dois CAPS para adultos.

Vale ressaltar que este texto apresenta parte do estudo inserido em uma iniciativa da Organização Panamericana de Saúde - OPAS/OMS e *Alliance for Health Policy and Systems Research* - AHPSR, pautada pela *embedded research*, chamada de *Improving Program Implementation through Embedded Research* - iPIER, para abordar fatores específicos de contextos locais; avançar nos impactos positivos para a saúde da população; e apoiar o desenvolvimento de pesquisa de implementação, tendo como característica central a participação dos gestores/tomadores de decisão



desde o desenho até a execução do estudo e seus desdobramentos, para construir respostas viáveis para qualificar as políticas de saúde.

As pesquisas de implementação são focadas no estudo de políticas, programas e práticas na saúde pública com o propósito básico de entender os diferentes contextos em que ocorrem, seus êxitos e desafios, considerando de que modo e por que a implementação é desenvolvida (PETERS, TRAN & ADAM, 2013). Ademais, inclui a investigação de fatores que afetam os resultados dessas políticas e possíveis soluções sustentáveis e de larga escala (PETERS et al.,2013).

## 2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa de desenho qualitativo com caráter de *embedded research* impôs que todo processo ocorresse conjuntamente entre pesquisadores e gestores da SES/DF. Para tal, adotou como instrumento de gestão da pesquisa o Comitê de Acompanhamento de Pesquisa (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO,2008; FURTADO et al, 2011) composto por pesquisadores, participantes, gestores e atores-chave, utilizado desde a formulação e desenho para o planejamento até o desenvolver das etapas como um espaço de discussão, alinhamento e deliberação para execução da pesquisa.

O percurso metodológico foi realizado em três etapas. A primeira foi voltada ao aprofundamento de dados secundários de bancos públicos, a produção dos CAPS junto ao Ministério da saúde, atos normativos do DF, bem como publicações científicas. Contudo, este texto traz informações sobre os achados relativos à segunda e terceira etapa da pesquisa realizada. A segunda etapa utilizou instrumentos de observação, entrevista e grupo focal para debruçar-se sobre a dinâmica de funcionamento das atividades desenvolvidas nos CAPS. Buscando identificar as principais estratégias e ações de promoção de protagonismo e de exercício de direitos incluindo a adequação das práticas aos padrões internacionais de promoção dos direitos humanos das pessoas com sofrimento mental.

Por isso, os instrumentos de observação e entrevista foram baseados no Kit de Ferramentas de Avaliação e Melhoria da Qualidade e dos Direitos Humanos em Serviços de Saúde Mental e de Assistência Social do Programa *QualityRights/OMS* (BRASIL 2015).

A terceira e última etapa metodológica teve como propósito discutir os achados da pesquisa junto aos diferentes atores-chave envolvidos e construir um plano de ação para superação da barreiras encontradas e valorização dos facilitadores visando a melhoria da qualidade das práticas dos serviços.

Para discutir os achados, os resultados foram formatados em processo de gamificação, criou-se um jogo de tabuleiro chamado “Jogo da Participação” garantindo assim a compreensão do conteúdo e a interação ativa e agregadora dos participantes. Este permitiu a expressão de dúvidas, barreiras, desafios e tarefas apresentadas em

cartas, e em cada rodada se produziu uma sugestão coletiva para superar/fortalecer os aspectos apresentados. As sugestões oferecidas foram coletadas e subsidiaram o início do plano de ação.

Para análise dos dados adotou-se a ferramenta NVIVO para organização do acervo de dados da pesquisa composto de quase três mil trechos distribuídos entre barreiras e facilitadores, seguido da análise de conteúdo (BARDIN, 2011) para realização das interpretações e categorização de tal acervo.

Esta análise considerou as contribuições de Saraceno et al, 2007; Onocko Campo et al, 2008; Thornicroft, G. & Tansella, M, 2010 e Onocko Campo et al, 2017, adotando-se as categorias: Acesso; Recursos Humanos; Atenção Psicossocial; Articulação de rede e intersectorialidade; Advocacy: protagonismo e defesa dos direitos; Recursos Financeiros e Estrutura Física. Mais da metade dos dados foram categorizados como “Atenção Psicossocial”, que envolve procedimentos e estratégias de cuidado aos usuários.

### 3 | A PRÁTICA COTIDIANA NOS SERVIÇOS

A categoria **Acesso** mostra que em ambos os CAPS todos são acolhidos gratuitamente, sem distinções ou exigências em relação à necessidade de acompanhante ou encaminhamentos.

Já a de **Recursos Humanos** apresenta informações sobre a atuação dos profissionais no sentido de facilitar ou dificultar a participação dos usuários em seu tratamento e no serviço como um todo. De forma geral, os profissionais são avaliados positivamente, respeitam os usuários, “*tratam como gente, não tratam com ignorância, não trata com abuso*”, são confiáveis e disponíveis, o que denota vínculo entre usuário, familiares e profissional favorecendo relações menos hierárquicas. Por outro lado, foi avaliado que a falta de formação em saúde mental e direitos humanos interfere na efetivação da escuta qualificada, o que tem como consequência práticas mais incisivas de cumprimento de protocolos e regras rígidas no serviço, que as vezes invalidam as expressões de vontade dos usuários.

Na categoria **Atenção Psicossocial**, observou-se que há diferentes entendimentos sobre a participação do usuário na escolha dos grupos e atividades do CAPS. Embora, haja abertura dos profissionais para negociação da oferta, permissão de escolha pelos usuários de atividades e reavaliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), mas há, também, barreiras que se referem ao pragmatismo interno do serviço: admissão sem tempo ou informações suficientes para decisão esclarecida do usuário; obrigatoriedade de permanência nas atividades sem oportunidade de experimentar; atividades elaboradas pela oferta do profissional e não pela demanda do público; vinculação da consulta com psiquiatra à assiduidade nos grupos.

Um outro elemento condicionante para a participação efetiva do usuário envolve a avaliação prévia feita por profissionais e familiares do grau de “desorganização”,

um questionamento de sua capacidade de entendimento e decisão nas atividades. Ressalta-se que os serviços percebem tais fragilidades, entendem que a superlotação é um obstáculo para acompanhar regularmente o PTS e que, quando há envolvimento do usuário em seu tratamento, este se sente estimulado a movimentar outras áreas de sua vida.

O CAPS é tido por unanimidade dos usuários como melhor local para tratamento em comparação ao hospital psiquiátrico, percebido como um lugar que deixa as pessoas “*mais doidas*”, os usuários “*têm pavor*” do manicômio local. No entanto, quando os CAPS não conseguem acolher situações de crise por falta de medicamentos, disponibilidade de profissionais médicos, ou retaguarda em CAPS III, hospital geral ou pronto socorro, há encaminhamento para o hospital psiquiátrico (quando acontece o CAPS acompanha de perto).

Um bom facilitador para lidar com situações de crise foi fato dos profissionais considerarem a manifestação dos usuários, tentarem evitar o encaminhamento a outros dispositivos. Foram mencionadas também estratégias dos usuários combinarem antecipadamente com a família sobre como agir em situações de crise e a utilização do “cartão de crise” como uma ferramenta de “diretiva antecipada de vontade”, mesmo que ainda não amplamente disseminada nos serviços. A atenção à crise interfere também nos processos de alta do CAPS, visto que os usuários temem não terem mais acesso ao tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico, além de considerarem o CAPS um lugar de proteção, acolhimento e muitas vezes como única possibilidade de inserção social.

A reunião de equipe foi apontada como um dispositivo potente para discussão de casos e potencialização da capacidade da equipe em responder a demandas complexas e ser assertivos no processo de cuidado.

Questões relacionadas à Farmacologia apresentam compreensões divergentes tanto entre profissionais quanto para usuários e familiares. Nem sempre a opinião dos usuários sobre o medicamento é levada em consideração nem são fornecidas informações suficientes sobre os efeitos colaterais ou a finalidade das prescrições, principalmente quando se questiona a capacidade de entendimento do usuário. Por vezes a medicação interfere na realização das tarefas cotidianas dos usuários e nem todos os usuários conseguem falar sobre isso durante a consulta. A possibilidade de acompanhamento no CAPS sem o uso da medicação ou mesmo discutir sobre o tema com os usuários “*impacta*” os profissionais. Por outro lado, há tentativas de criação de grupos de conversa sobre os medicamentos, como de Gestão Autônoma da Medicação - GAM.

Destaca-se como os CAPS promovem ações de Reabilitação Psicossocial para garantir o exercício dos direitos de cidadania a partir da articulação com recursos do território. O fato de os dois CAPS terem projetos robustos de geração de renda para usuários foi percebido como um grande facilitador, além do apoio para participarem de feiras externas, estratégias de formalização da atuação profissional (carteirinha de

artesanato), e de planejarem a criação de uma cooperativa. Mesmo que a concepção de muitos dos projetos tenha partido principalmente dos profissionais e de permanecerem os desafios da gestão conjunta e manutenção dos projetos iniciados.

Há também ações no campo da educação, como disponibilização de informação sobre cursos, oportunidades de formação, no território, bem como usuárias-professoras voluntárias na alfabetização e aulas de inglês dentro do CAPS abertas à comunidade.

O CAPS é considerado pelos usuários e familiares um serviço de acompanhamento de qualidade, em que são respeitados os direitos humanos, como o direito de ir e vir, a integridade física e liberdade de expressão. Ademais, apesar das limitações estruturais, os profissionais tentam acompanhar os usuários em suas atividades do cotidiano, o que reforça a validação do discurso e amplia o poder de contratualidade social.

Foi notado ainda que usuários muito críticos, que reclamam ou se expressam com agressividade ou não cumprem a frequência nos grupos, nem sempre são bem vistos e podem sofrer consequências administrativas, além de muitos quererem se colocar e não saberem como. Ao mesmo tempo, a equipe de profissionais raramente se nega a atender a demandas “viáveis” solicitadas pelos usuários. Entende-se assim que são necessários dispositivos mais potentes para estimular e atender a demanda dos usuários, validá-los como sujeitos e enfrentar expressões de controle que imponham as responsabilidades e deveres destes do que seus direitos em relação ao tratamento.

Na categoria **Articulação de rede e intersectorialidade** é notória a barreira de acesso a outros serviços de saúde e da rede intersectorial que dificultam ou se negam a atender os usuários por motivo de *capacitismo* (discriminação e o preconceito social contra pessoas com alguma deficiência). Por outro lado, quando o usuário apresenta uma queixa de saúde ou manifesta desacordo com um encaminhamento, os profissionais do CAPS tentam articular a rede mesmo reconhecendo tal barreira, tendo desfalque da equipe e a grande demanda atendida.

A categoria de **Advocacy: protagonismo e defesa dos direitos** mostra ações específicas de fomento do protagonismo dos usuários nos processos de gestão dos serviços e em instâncias de defesa de direitos. Frente a constatação generalizada de usuários serem impedidos de acessar direitos básicos, foi visto como um grande facilitador os CAPS promoverem ações contundentes para garantir a documentação civil, benefícios sociais, segurança alimentar, proteção jurídica, além de ofertar acesso à higiene pessoal e vestimentas. Foram encontradas barreiras relacionadas à disseminação de informações sobre direitos, que permanecem centralizadas em profissionais da assistência social, e que dificilmente são apropriadas por usuários e familiares.

Quanto ao direito de acesso à moradia/habitação, este é dificultado para os usuários, que sofrem discriminação inclusive em abrigos e albergues, não restando outras alternativas. Isto também é verificado na dificuldade do CAPS em ampliar sua atuação na mudança de situações concretas de moradia.

A dimensão afetiva e acolhedora do CAPS, incomum em outros serviços de saúde, acaba gerando um sentimento de gratidão por parte de usuários e familiares, que por vezes impede a manifestação de críticas e sugestões e reflete na dinâmica dos espaços de discussão e deliberação sobre o serviço, como grupos participativos e de gestão compartilhada, assembleia, e instâncias de controle social. Somente em um dos serviços ocorria a assembleia regularmente nesta etapa, e ambos os CAPS tentaram diferentes configurações destes encontros, com mais ou menos participação de usuários, profissionais ou familiares. Mesmo quando ocorrem as assembleias, tais instâncias não são reconhecidas por todos os envolvidos, há pouca divulgação sobre as deliberações e muitas vezes estas não se concretizam em mudanças efetivas no serviço.

No âmbito da organização coletiva, os CAPS apoiam atividades em datas comemorativas, como o dia da luta antimanicomial, mobilização e participação social, como em audiências públicas e articulação com conselhos de saúde, além de estimular o contato e organização em associações de defesa de direitos.

Por fim, na categoria **Recursos financeiros e estrutura física**, foi visto que o contexto de pressão da gestão central por produtividade dos trabalhadores, alta demanda por coberturas populacionais fora do padrão exigido dos CAPS no DF, escassez de recursos para a manutenção das oficinas e atividades externas, bem como a disputa entre o modelo hospitalocêntrico e o cuidado comunitário são barreiras relevantes para o fortalecimento do protagonismo de usuários e ameaças constantes à manutenção do que já foi conquistado.

### 3.1 Plano de Ação

Na terceira etapa, para a elaboração do plano de ação foi necessário garantir compreensões sobre os achados e propor desdobramentos, de tal modo haver ações compartilhadas em novos espaços de participação. Esta etapa traz as questões centrais do protagonismo e garantia de direitos nos cenários trabalhados e construir as principais ações indicadas para realização em curto e médio prazo. As propostas apresentadas dirigiram-se principalmente a seis tópicos abrangentes: 1) Formação para usuários e profissionais em saúde mental e tecnologias de atenção, direitos humanos e sociais e legislação; 2) Divulgação do CAPS na comunidade, para ampliar sua atuação e colaborar com o combate ao preconceito e discriminação contra os usuários. 3) Melhoria na estrutura e recursos oferecidos pela SES-DF tais como alimentação, materiais das oficinas nos CAPS, além de aumento dos profissionais, ampliação do horário de atendimento. 4) Ampliação e diversificação da rede de atenção, com destaque para os CAPS III, centros de convivência, parcerias para geração de renda, formação profissional e atividades culturais, além de atendimento qualificado para urgências e emergências em saúde mental; 5) Aprimoramento na atenção personalizada e diversificada aos usuários, como a utilização de instrumentos de mapeamento das necessidades, criação de grupos abertos e com o teor escolhido

pelos próprios usuários, prevenção de internações e medicações desnecessárias, atendimento compartilhado com outros dispositivos, busca ativa, entre outros; e 6) Ampliação da participação social na gestão, por meio de Conselho Gestor e Assembleia, e fomento de maior transparência na gestão e de novas parcerias na área de *advocacy*. E, por fim construir caminhos para revisão da Lei de concessão de Passe Livre

Os tópicos citados acima se encontram dentro do processo intrínseco de cada campo, por exemplo, o serviço que não realizava assembleia durante a coleta de dados passou a contar com este dispositivo durante a terceira etapa. Assim, a informação obtida pelos dados sobre a necessidade de espaço estruturado de fala e reivindicação para os usuários se une à perspectiva factível da realização deste plano de ação, permitindo compreender novos desdobramentos e ações necessárias para atender a mesma demanda.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar estratégias de fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS com a colaboração da gestão, profissionais, usuários e familiares, permitiu abranger diferentes olhares sobre o tema, com suas contradições, disputas e complexidades inerentes ao contexto “real” em que estão inseridos, o que não pôde ser retratado em sua totalidade neste artigo.

Cabe ressaltar o diferencial metodológico da participação dos tomadores de decisão desde o desenho da pesquisa até seus desdobramentos. Ao considerar o contexto, os atores envolvidos e os fatores que determinam a implementação, “forçando” o contato e negociação entre estes, proporciona-se a identificação mais rápidas das barreiras e potências do território local, buscando diminuir a distância entre quem decide (gestor), executa (profissionais) e recebe (usuários e comunidade) os cuidados de saúde. A utilização de uma tecnologia leve, de democratizar as relações instituídas e fortalecer a participação do controle social, buscou qualificar as tomadas de decisão tanto para a organização dos serviços quanto para as articulações intersetoriais, indispensáveis para a garantia dos direitos da população em situação de maior vulnerabilidade.

Espera-se que os achados da pesquisa possam contribuir para a qualificação da política pública de saúde mental através da construção de conhecimento científico junto aos serviços. É relevante a identificação de mudanças implementadas nos CAPS durante o processo da pesquisa, como o retorno da assembleia geral em um dos CAPS, a elaboração conjunta e aplicação de “cartões de crise” a usuários e a avaliação comum do aspecto transformador de se abordar o exercício dos direitos junto às pessoas em maior situação de vulnerabilidade, visto o acesso à informação ser um direito fundamental.

Considerando que o pressuposto de cuidados baseados na comunidade é essencial para desenvolver práticas de qualidade, de forma geral, os CAPS investigados

demonstraram que mesmo com algumas dificuldades favoreçam espaços de diálogo e buscam aprimorar a participação do usuário visando garantir melhorias no cuidado e pratica do CAPS bem como na rotina familiar e relações sociais.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.

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

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF; abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA, D.F.C.; PAULON, S.M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social. **Saúde em debate**, dez.2012. 572-582. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18/12/2018

FURTADO, J., et al. Inserção social e habitação: pesquisa avaliativa de moradias de portadores de transtorno mental grave. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**; 2011.

JUNQUEIRA, A.G.; CARNIEL, I.C; MANTOVANI, A. As assembleias como possibilidade de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Vínculo – Revista do NESME**, 2015. pp. 31-410.

KANTORSKI, LP. et. al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**; 2009.

LIMA, F.C., SCHNEIDER, D.R. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Caminhos**; 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T., et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista pan-americana de Salud Publica**, 2018

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Assembleia Geral da ONU; 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório sobre a saúde no mundo**; 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental. **Conferência Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica em América Latina dentro dos Sistemas Locais de Saúde**. Caracas; 1990.

PETERS, D.H, TRAN, TT., ADAM, T. **Investigación sobre la implementación de políticas de salud: guía práctica**. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; Organización Mundial da Saúde. OMS; 2013.

PETERS, D. et all. **Implementation research: what it is and how to do it.** BMJ 2013;347: f6753  
PITTA, A.M.F.; COUTINHO, D.M., ROCHA, C.C.M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. jul-set 2015.

SARACENO, B., et all. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **Lancet**. 2007.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Te Corá/Instituto Franco Basaglia; Rio de Janeiro, 2001.

SURJUS, L.T.L.S., ONOCKO-CAMPOS, R.T. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas/SP. **Revista latino-americanas de psicopatologia fundamental**; 2011.

THORNICROFT, G., & TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária.** Barueri: Manole. 2010

TORRE, E. H. G., AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001



## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**Eliane Regina Pereira:** <http://lattes.cnpq.br/0023990232502452>. Psicóloga formada pela Universidade do Vale do Itajaí (1995), com mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007, 2011). Atualmente é docente da Universidade Federal de Uberlândia, no Instituto de Psicologia, integrante do Núcleo de Psicologia Social e da Saúde e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na linha Processos Psicossociais em Educação e Saúde. Líder do grupo de pesquisa Psicologia, Políticas Públicas e Relações Estéticas (CNPQ). Integra o GT da ANPEPP - A psicologia sócia histórica e o contexto brasileiro de desigualdade social (2017 atual). Atua na área da Psicologia da Saúde, com ênfase em Psicologia Social e nos Processos de Criação em contextos de saúde.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acesso aos serviços 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114

Adicção 9, 167, 171, 173, 174, 176, 178

Adolescente 4, 6, 10, 88, 117, 179, 218, 219, 220, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 238, 239, 295

Álcool 24, 34, 56, 96, 100, 121, 127, 128, 129, 130, 132, 170, 179, 190, 191, 193, 204, 212, 217, 220, 274, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 301, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 323

Arteterapia 6, 7, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 270

Atenção Psicossocial 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 38, 39, 43, 48, 49, 51, 53, 56, 57, 82, 84, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 100, 108, 111, 195, 196, 203, 204, 207, 208, 210, 216, 217, 219, 220, 221, 228, 229, 242, 243, 247, 251, 252, 254, 255, 258, 259, 260, 266, 283, 284, 286, 287, 289, 291, 294, 301, 302, 303, 305, 306, 308

Autismo 6, 144, 220, 231, 241

### C

Crack 24, 100, 127, 128, 129, 132, 134, 170, 303, 306, 308

Crise 22, 44, 47, 51, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 199, 200, 243, 245, 255, 290, 291

Cuidado infanto-juvenil 218

### D

Dependência química 33, 56, 121, 127, 129, 135, 170, 179, 217, 228

Depressão 6, 11, 33, 36, 37, 67, 116, 117, 120, 121, 122, 124, 125, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 172, 174, 179, 180, 183, 184, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 316, 317, 319, 321, 323, 325

Desinstitucionalização 16, 17, 20, 85, 92, 95, 206, 209, 210, 251, 253, 286, 302, 306, 307

Diferença 22, 33, 65, 114, 141, 244, 288, 310, 311, 324

Dispositivo 12, 44, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 200, 251, 257, 283, 303, 312

Distúrbios psicológicos 136

Doença crônica 1, 318

### E

Enfermagem 3, 11, 12, 13, 36, 37, 69, 156, 157, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 234, 248, 258, 271, 272, 275, 277, 280, 281, 292, 293, 294, 296, 297, 321, 327

Epidemiologia Descritiva 59

Espectro Autista 230, 232, 314

Estudantes 31, 34, 35, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 214, 248, 260, 271, 272, 275, 276, 277, 279, 280, 292, 298, 317

Estupro 6, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126

Exclusão 3, 16, 50, 55, 57, 87, 89, 207, 216, 274, 278, 302, 315

## **G**

Gênero 6, 4, 5, 6, 64, 69, 89, 112, 125, 126, 310, 312, 313, 323

Gestão em Saúde 147, 149, 156

Grupo 8, 10, 12, 18, 38, 42, 53, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 93, 106, 109, 118, 139, 141, 142, 143, 163, 165, 167, 171, 172, 177, 180, 184, 195, 197, 198, 202, 217, 226, 230, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 263, 265, 271, 277, 278, 285, 288, 293, 294, 324, 325, 328

## **H**

História da Enfermagem 205

## **I**

Ideação Suicida 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 119, 122

## **L**

Loucura 15, 16, 19, 20, 23, 39, 50, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 85, 92, 94, 95, 157, 196, 202, 203, 206, 208, 210, 216, 223, 243, 287, 288, 289, 290, 291, 302, 309

## **M**

Mulheres 30, 59, 63, 67, 76, 80, 90, 91, 112, 116, 117, 119, 126, 138, 143, 144, 167, 170, 171, 172, 174, 176, 178, 179, 180, 188, 189, 317, 322, 324, 327

## **N**

Narrativas 282, 285

## **O**

Oficina 200, 203, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 263, 264, 265, 266, 282, 284, 285

Oncologia Infantojuvenil 1

## **P**

Políticas de Saúde 41, 42, 59, 100, 148, 178, 219, 224, 276, 309

Políticas Públicas 15, 68, 80, 97, 105, 107, 108, 113, 114, 147, 148, 149, 150, 156, 158, 159, 164, 165, 205, 219, 220, 283, 328

Produção de subjetividades 99, 282

Promoção da saúde 2, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 110, 111, 168, 177, 179, 220, 277, 307

Protagonismo 21, 25, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 92, 247, 248, 265, 295  
Psicologia 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35,  
36, 37, 57, 58, 81, 95, 97, 117, 125, 126, 127, 129, 133, 146, 171, 179, 180, 194, 195,  
203, 204, 216, 227, 229, 230, 234, 241, 248, 259, 261, 265, 268, 269, 270, 272, 275,  
284, 287, 288, 289, 320, 321, 328

## **Q**

Qualidade de Vida 3, 34, 67, 99, 100, 109, 111, 115, 135, 137, 139, 140, 141, 143, 145,  
148, 149, 168, 170, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193,  
194, 205, 209, 215, 254, 272, 276, 280, 296, 316, 320, 323

## **R**

Rede de Atenção Psicossocial 24, 38, 88, 95, 100, 228, 252, 255, 259, 260, 291, 301,  
303, 305, 306, 308

Reforma Psiquiátrica Brasileira 17, 20, 39, 82, 91, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202,  
203, 205, 206, 209, 210, 211, 214, 215, 219, 243

Relações Familiares 167, 171

## **S**

Saúde do Idoso 59

Saúde do Trabalhador 147, 149, 152, 153, 154, 155, 157, 316

Saúde Mental 2, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 36, 39, 40,  
41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 58, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 94,  
95, 96, 97, 99, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 128, 130, 138, 143, 145,  
167, 171, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 199,  
201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219,  
220, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 230, 232, 233, 243, 249, 250, 251, 253, 254, 255,  
256, 257, 258, 259, 260, 261, 264, 266, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 280,  
281, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 291, 292, 294, 296, 297, 301, 302, 303, 304, 306,  
307, 308, 309, 314, 316, 327, 328, 329, 330, 331, 332

Sensibilização Corporal 314

Serviços de Saúde Mental 23, 39, 42, 48, 50, 56, 58, 85, 227, 280, 286, 308

Sexualidade 57, 126, 235, 236, 310, 311, 312, 313

Sistema Prisional 287, 288, 290, 291

Suicídio 6, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66,  
67, 68, 69, 72, 73, 78, 80, 81, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 138,  
175, 275, 305, 322, 323, 324, 325, 326, 327

SUS (Sistema Único de Saúde) 5

## **T**

Terapia Comunitária 6, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 280

Território 17, 39, 40, 44, 45, 47, 62, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100,

101, 104, 105, 131, 197, 200, 242, 243, 244, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 258, 263, 266, 283, 303, 307

Tratamento 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 18, 20, 24, 29, 30, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 53, 54, 55, 109, 111, 113, 124, 127, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 170, 177, 179, 195, 197, 200, 201, 206, 208, 209, 210, 212, 215, 216, 219, 221, 222, 233, 235, 239, 240, 249, 260, 262, 263, 266, 269, 282, 283, 284, 288, 289, 291, 292, 293, 301, 306, 307, 308, 316, 319

## V

Violência sexual 116, 117, 120, 121, 126, 233

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-596-9

