

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

LEILA MARIELI SASSANI

**Cuidado em saúde mental e relações de gênero:** uma análise etnográfica das  
práticas e políticas no contexto psicossocial brasileiro

Maringá  
2025

LEILA MARIELI SASSANI

**Cuidado em saúde mental e relações de gênero: uma análise etnográfica das práticas e políticas no contexto psicossocial brasileiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Políticas públicas e participação social no Brasil.

Orientador: Prof. Dr. Fagner Carniel

Maringá  
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

S252c Sassani, Leila Marieli  
Cuidado em saúde mental e relações de gênero : uma análise etnográfica das práticas e políticas no contexto psicossocial brasileiro / Leila Marieli Sassani. -- Maringá, PR, 2025.  
121 f. : il., figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Fagner Carniel.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2025.

1. Saúde mental. 2. Política Nacional de Saúde Mental . 3. Gênero e cuidado. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). I. Carniel, Fagner , orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

CDD 23.ed. 362.2

LEILA MARIELI SASSANI

**Cuidado em saúde mental e relações de gênero: uma análise etnográfica das práticas e políticas no contexto psicossocial brasileiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, avaliada pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Documento assinado digitalmente  
 **FAGNER CARNIEL**  
Data: 24/07/2025 19:24:46-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Fagner Carniel  
(Orientador/Presidente)  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Documento assinado digitalmente  
 **ELIANE SEBEIKA RAPCHAN**  
Data: 24/07/2025 19:02:35-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Sebeika Rapchan  
Universidade Estadual de Maringá -  
UEM

Documento assinado digitalmente  
 **VALERIA AYDOS ROSARIO**  
Data: 23/07/2025 10:21:22-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valéria Aydos  
Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA

Aprovada em: 22 de julho de 2025

*Aos meus pais, Maria José e Antonio. A vocês, ofereço esta obra como quem  
devolve, em palavras, o cuidado recebido em vida.  
E a todos os pacientes que sofreram ou ainda sofrem os estigmas do transtorno  
mental.*

## AGRADECIMENTOS

O mestrado em Ciências Sociais representou muito mais do que uma formação acadêmica – foi uma jornada de transformação pessoal e profissional, um percurso intelectual repleto de desafios, mas também de crescimento, descobertas e encontros que ressignificaram minha maneira de compreender o mundo. Sou profundamente grata, antes de tudo, a Deus, pela vida, saúde, força e sabedoria, e por ter colocado em meu caminho pessoas essenciais, cujo apoio foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

Ao Professor Dr. Fagner Carniel, meu orientador, dedico minha sincera gratidão pela orientação incansável, pela paciência diante das incertezas e pelas contribuições intelectuais que enriqueceram este trabalho. À comissão avaliadora, agradeço pelo tempo, pelas críticas construtivas e pelo cuidado com que se dedicaram à avaliação deste trabalho.

À minha família – minha mãe, Maria José, meu pai, Antonio, meu irmão, Leonardo e ao meu noivo, Maicon – meu amor e reconhecimento. Vocês foram meu porto seguro, oferecendo apoio incondicional e compreensão nos momentos mais desafiadores. Sei que esta conquista também é de vocês.

Aos colegas e colaboradores, especialmente aos professores da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e ao grupo de estudo Sextas-Feiras Antropológicas, meu agradecimento pelo diálogo constante e pelas trocas que enriqueceram minha formação. Ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), à coordenação imediata e a todos os profissionais, agradeço pela abertura e confiança em meu trabalho. Um agradecimento especial aos pacientes do CAPS, que generosamente compartilharam suas experiências e permitiram minha presença em momentos tão significativos.

Aos amigos que me acompanharam nesta caminhada, meu carinho e gratidão. Vocês tornaram os dias mais leves e me lembraram que, além da pesquisa, há vida – e que ela é melhor compartilhada.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu desenvolvimento e para a elaboração deste trabalho. Muito Obrigada!

*“Cuidar é uma forma de resistência”*  
*Bell Hooks*

## **Cuidado em saúde mental e relações de gênero: uma análise etnográfica das práticas e políticas no contexto psicossocial brasileiro**

### **RESUMO**

A saúde mental, enquanto fenômeno complexo e multideterminado, não pode ser reduzida a uma perspectiva biomédica, exigindo uma abordagem que considere suas dimensões sociais, culturais e políticas. Este trabalho analisa as práticas de cuidado em saúde mental no contexto brasileiro, com ênfase na invisibilidade do trabalho de cuidado como uma questão de gênero e nos desafios enfrentados na implementação da Política Nacional de Saúde Mental. Partindo de uma pesquisa etnográfica realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Paraná, o estudo investiga como as relações entre profissionais e usuários influenciam a adesão ao tratamento e o bem-estar dos pacientes, destacando as dinâmicas de gênero que permeiam essas interações. Os resultados apontam que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, persistem obstáculos como a precarização dos serviços, a medicalização excessiva e a falta de reconhecimento do cuidado como trabalho – especialmente quando desempenhado por mulheres, que constituem a maioria das cuidadoras formais e informais. A análise revela ainda como as desigualdades de gênero, classe e raça se articulam na produção do sofrimento psíquico e na organização dos serviços de saúde mental. Conclui-se pela necessidade de políticas públicas que não apenas ampliem o acesso aos cuidados, mas também enfrentem as estruturas que naturalizam a invisibilidade e a desvalorização do trabalho de cuidado, propondo um modelo de atenção psicossocial interseccional e emancipatório.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Cuidado. Gênero. Reforma Psiquiátrica. Etnografia.

## **Mental health care and gender relations: an ethnographic analysis of practices and policies in the Brazilian psychosocial context**

### ***ABSTRACT***

Mental health, as a complex and multi-determined phenomenon, cannot be reduced to a biomedical perspective, requiring an approach that considers its social, cultural and political dimensions. This paper analyzes mental health care practices in the Brazilian context, with an emphasis on the invisibility of care work as a gender issue and the challenges faced in implementing the National Mental Health Policy. Based on ethnographic research conducted at a Psychosocial Care Center (CAPS) in Paraná, the study investigates how relationships between professionals and users influence treatment adherence and patient well-being, highlighting the gender dynamics that permeate these interactions. The results indicate that, despite the advances of the Psychiatric Reform, obstacles persist, such as the precariousness of services, excessive medicalization and the lack of recognition of care as work – especially when performed by women, who constitute the majority of formal and informal caregivers. The analysis also reveals how gender, class and race inequalities are articulated in the production of psychological suffering and in the organization of mental health services. It is concluded that there is a need for public policies that not only expand access to care, but also confront the structures that naturalize the invisibility and devaluation of care work, proposing an intersectional and emancipatory psychosocial care model.

***Keywords:*** Mental health; Care; Gender; Psychiatric reform; Ethnography.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: CAPSI de Cianorte-PR .....	46
Figura 2: Relatório de Faturamento.....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Recursos humanos - CAPSI .....	33
Tabela 2: Recursos humanos – CAPSII .....	34
Tabela 3: Recursos humanos – CAPSIII (Regime intensivo) .....	34
Tabela 4: Recursos humanos – CAPSIII (Plantão noturno).....	35
Tabela 5: Recursos humanos – CAPSIII (Plantão diurno).....	35
Tabela 6: Recursos humanos – CAPSi II .....	36
Tabela 7: Recursos humanos – CAPS ad II.....	36
Tabela 8: Recursos Humanos – CAPSI Cianorte/PR .....	37
Tabela 9: Infraestrutura – CAPSI. ....	49

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....</b>	<b>19</b>
2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA EM BARBACENA-MG.....	20
2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL..	25
2.3 IMPLANTAÇÃO DO CAPSI NO MUNICÍPIO DE CIANORTE – PR.....	32
<b>3 PARA ALÉM DAS NORMATIVAS POLÍTICAS: OS ENCONTROS RELACIONAIS.....</b>	<b>42</b>
3.1 DESAFIOS E DESCONTINUIDADES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM CIANORTE-PR.....	45
3.2 TRAJETÓRIAS NO CAPSI DE CIANORTE-PR.....	66
<b>4 TECENDO VÍNCULOS: A RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E PACIENTES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>78</b>
4.1 OBSERVAR O QUÊ? VOCÊ JÁ CONHECE TUDO AQUI! .....	80
4.2 ACOLHER SEM APRISIONAR: UM EQUILÍBRIO DELICADO PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS .....	89
4.3 AS PESSOAS MELHORAM APESAR DO MÉDICO. SEM MOTIVO NENHUM MELHORAM OU PIORAM.....	98
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>

# 1 APRESENTAÇÃO

A saúde mental, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), refere-se a um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalha de maneira produtiva e contribui para sua comunidade (OMS, 2022). No entanto, essa definição, embora importante, não contempla integralmente as dimensões culturais, sociais e relacionais envolvidas na produção do sofrimento psíquico e no cuidado em saúde mental, pois como afirma Arthur Kleinman (1988), o sofrimento mental não pode ser reduzido a uma condição biomédica, uma vez que está inserido em contextos culturais e redes de significados que atravessam a experiência individual e coletiva.

Nesta pesquisa, compreendo o cuidado em saúde mental como uma prática essencialmente relacional, alinhada à concepção proposta por Annemarie Mol (2008), que o define não como um conjunto de procedimentos padronizados, mas como uma atividade prática, situada e continuamente ajustada às necessidades do outro. Para Mol, o cuidado é “algo que se faz”, e não apenas algo que se aplica. Trata-se de uma prática que envolve negociações, afetos e responsabilidades compartilhadas, realizada por meio de relações concretas entre pessoas, tecnologias e instituições. Essa perspectiva é especialmente pertinente no campo da saúde mental, onde o sofrimento não se apresenta de forma objetiva e mensurável, mas se expressa em narrativas singulares, contextos sociais complexos e vínculos afetivos. Assim, ao adotar a noção de cuidado relacional como eixo teórico e analítico, busco ressaltar a centralidade das interações humanas na produção do cuidado e na constituição dos processos terapêuticos, especialmente no interior dos serviços públicos de saúde mental.

Nessa perspectiva, a saúde mental configura-se como um fenômeno complexo, situado e relacional, resultado de múltiplas influências – biológicas, psicológicas, sociais, políticas e culturais (ALMEIDA, 2013). Trata-se, portanto, de uma produção social, marcada por desigualdades estruturais, contextos históricos, hierarquias de gênero, raça e classe. Vírnia Alcântara, Camila Vieira e Samara Alves (2022) destacam que os estudos contemporâneos sobre saúde mental rompem com o paradigma biomédico, propondo olhares transversais que dialogam entre as ciências sociais e as ciências da saúde, reconhecendo a centralidade das relações humanas na constituição das práticas de cuidado.

Um aspecto fundamental, porém, frequentemente negligenciado nas discussões sobre saúde mental, é a dimensão de gênero que permeia as práticas de cuidado. Historicamente, o trabalho de cuidado – seja no âmbito familiar, comunitário ou institucional – tem sido associado ao feminino, sendo naturalizado como uma atribuição inerente às mulheres (HIRATA, 2022).

Essa invisibilidade do cuidado como trabalho, somada à sua desvalorização social e econômica, contribui para a sobrecarga emocional e física das mulheres, que muitas vezes se veem responsabilizadas pelo bem-estar alheio sem o devido reconhecimento ou suporte institucional.

No contexto da saúde mental, essa dinâmica se reproduz de forma ainda mais acentuada. Mulheres são não apenas as principais usuárias dos serviços de saúde mental – devido a fatores como a maior prevalência de transtornos depressivos e ansiosos, agravados por desigualdades de gênero (GARCIA; LEAL, 2023) –, mas também as principais cuidadoras, tanto no espaço doméstico quanto no profissional. No entanto, essa dupla carga raramente é tematizada nas políticas públicas ou nas práticas institucionais, perpetuando um ciclo de invisibilidade.

A feminização do cuidado reflete-se também na composição dos serviços de saúde mental, onde profissionais mulheres ocupam posições precarizadas, com baixa remuneração e pouca valorização de seu trabalho emocional (HIRATA, 2022). Essa realidade evidencia como as estruturas de gênero, classe e raça se entrelaçam na produção do cuidado, tornando urgente uma abordagem interseccional que questione as hierarquias sociais que sustentam a invisibilidade desse trabalho.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental é fruto de uma trajetória histórica que culminou na promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica. Essa lei redireciona o modelo assistencial para um cuidado em liberdade, pautado na desinstitucionalização e na defesa dos direitos humanos (BRASIL, 2001). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e incorporada na Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017, integra dispositivos diversos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos, e equipes de saúde mental na atenção básica. Essa rede pressupõe a articulação intersetorial com políticas de assistência social, educação, cultura e trabalho, reconhecendo que o cuidado em saúde mental ultrapassa as fronteiras dos serviços de saúde.

Além da invisibilidade do trabalho do cuidado, a implementação dessa política enfrenta inúmeros desafios, que não estão isolados, mas dialogam com um cenário global preocupante: estima-se que 4,4% da população mundial sofra de depressão e 3,6% de transtornos de ansiedade (ARAÚJO; TORRENTÉ, 2023). Esses números, por si só alarmantes, foram agravados pela crise sanitária da COVID-19. Dados da Organização Mundial da Saúde (2022) indicam que, apenas no primeiro ano da pandemia, houve um aumento de 25% na prevalência desses transtornos em todo o mundo. Esse crescimento afeta especialmente as mulheres, grupo mais vulnerável ao desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos, evidenciando como

fatores sociais, econômicos e de gênero interagem diretamente na produção do sofrimento psíquico (GARCIA; LEAL, 2023).

No Brasil, a situação é especialmente preocupante: o país ocupa a quarta posição na América Latina em termos de crescimento anual das taxas de suicídio (ARAÚJO; TORRENTÉ, 2023). Soma-se a isso o fato de o Brasil ser líder mundial na prevalência de transtornos de ansiedade, atingindo cerca de 18 milhões de pessoas - o equivalente a 9,3% da população (ELIA ET AL., 2018). Essa realidade tem impactos diretos não apenas na saúde individual, mas também no campo social e econômico. Segundo a Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT, 2023), os transtornos mentais estão entre as principais causas de afastamento e incapacitação laboral, gerando consequências significativas para a produtividade, economia e o bem-estar coletivo, o que reverbera nas dinâmicas familiares, nas redes comunitárias e no tecido social como um todo.

Ainda, o contexto político recente, marcado por retrocessos significativos, especialmente durante os governos Temer e Bolsonaro, comprometeram conquistas históricas do movimento da Reforma Psiquiátrica. Como destacam Tânia Araújo e Mônica Torrenté (2023), as transformações legislativas e as políticas de contrarreforma resultaram na reintrodução dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e no direcionamento de vultuosos recursos públicos para comunidades terapêuticas (CTs), instituições que, muitas vezes, reproduzem práticas asilares, afastando-se do cuidado em liberdade e dos princípios fundamentais da desinstitucionalização e da garantia de direitos. Além disso, as desigualdades regionais e a falta de articulação com outras políticas sociais – como assistência, educação e geração de renda – limitam o acesso a cuidados dignos, especialmente para populações marginalizadas.

Desse modo, a pobreza não é apenas um fator que amplia a vulnerabilidade aos transtornos mentais, mas também uma de suas consequências, perpetuando um ciclo de exclusão. Indivíduos em situação de pobreza enfrentam condições precárias de vida, violência estrutural, insegurança alimentar e falta de acesso a serviços básicos – fatores que geram e agravam o sofrimento psíquico. Por outro lado, a falta de tratamento adequado e o estigma associado às doenças mentais frequentemente levam à perda de emprego, ao endividamento e à marginalização social, aprofundando ainda mais a pobreza, situações de vulnerabilidade, exclusão e outras formas de sofrimento.

O estigma, entendido como um conjunto de crenças, atitudes e comportamentos negativos que desvalorizam e discriminam indivíduos com base em características específicas

(GOFMFMAN, 1988), atua como uma barreira concreta à busca por ajuda e à garantia de direitos fundamentais. Presente tanto na sociedade quanto entre profissionais de saúde – e muitas vezes internalizado pelos próprios indivíduos em sofrimento –, ele reforça a exclusão. Como destacam Marcela Ferreira e Maria Cecília Carvalho (2017), o estigma não apenas marginaliza, mas também impede que as pessoas assumam sua condição por medo de aumentar sua exposição social. Segundo as autoras, “os portadores de transtornos mentais, ao sofrerem com esse problema, tentam não fazer parte de um grupo que represente sua característica, para não aumentar a sua exposição perante à sociedade” (FERREIRA; CARVALHO, 2017, p. 197).

Esse cenário confirma a observação de Pedro Lopes (2019, p.06): “pobreza gera doença”, em um movimento “que, por sua vez, em função da exclusão, gerará mais pobreza”. Diante dessa realidade, torna-se fundamental questionar: de que maneira as ações governamentais articulam o combate à pobreza e a promoção do bem-estar social com as políticas de saúde mental, considerando sua intrínseca relação?

Em oposição à consolidação de práticas efetivas que capacitem os profissionais a lidar com as complexas dimensões sociológicas da saúde mental no Brasil, observa-se o fortalecimento de políticas e práticas que incentivam a medicalização e o uso indiscriminado de psicofármacos, que já se mostrou historicamente violento e desumanizador. Rosana Maria Nascimento Castro Silva (2018) destaca que a proliferação de categorias diagnósticas não apenas contribui para a patologização da vida, mas também tem como resposta imediata a prescrição medicamentosa, alimentando interesses econômicos que dialogam diretamente com forças político-sociais contrárias aos princípios fundamentais do modelo de atenção psicossocial.

Assim, a noção de loucura, enquanto construção social e política, carrega uma tensão constante entre avanços institucionais e permanências conservadoras. Apesar dos importantes progressos conquistados com a Reforma Psiquiátrica e o fortalecimento das práticas de cuidado em liberdade, ainda persistem discursos, legislações e práticas institucionais que reforçam a hospitalização, a segregação e o isolamento, elementos que aparecem tanto na alocação de recursos financeiros como nas representações sociais e nas próprias relações estabelecidas entre profissionais e pacientes.

Diante desse contexto, delinea-se o objetivo central da minha pesquisa, que toma como ponto de partida o CAPSI de Cianorte – PR, local onde realizei minha inserção etnográfica. O foco está em investigar de que maneira o cuidado relacional, estabelecido entre profissionais de saúde mental e usuários do serviço, influencia a adesão ao tratamento e o bem-

estar dos pacientes, com atenção especial às dinâmicas de gênero que permeiam essas interações.

Para atingir o objetivo, uma estrutura de trabalho foi desenhada a partir de diferentes narrativas analíticas e descritivas. No primeiro capítulo, descrevo o modo como a loucura é administrada no Brasil e identifico os principais movimentos sociais que militaram para a institucionalização da Política Pública de Saúde Mental até a inauguração da Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, entendendo a loucura a partir das trajetórias históricas coloniais, fruto das relações de poder eurocêntricas.

Em seguida, contextualizo a criação do CAPSI no município de Cianorte e apresento um olhar atento sobre o funcionamento institucional, buscando compreender os complexos mecanismos que movimentam o serviço. Detenho-me na análise das políticas de tensão que atravessam o cotidiano, na estrutura formal da organização e nas relações interpessoais que se estendem nesse ambiente heterogêneo, composto por diferentes histórias, trajetórias e expectativas — sejam elas dos profissionais, pacientes ou familiares; explorando as dinâmicas de gênero que organizam o trabalho de cuidado.

Por fim, a partir da experiência no campo e do exercício da observação participante, busco analisar como a política pública de saúde mental é cotidianamente produzida e significada nas práticas cotidianas, destacando como as relações terapêuticas são atravessadas por afetos, desigualdades e relações de gênero. Essa análise é fundamental porque as interações diárias entre profissionais e usuários não são neutras nem meramente técnicas: elas carregam afetos, negociações, disputas de sentido e, sobretudo, o potencial de fortalecer ou fragilizar processos terapêuticos. Em outras palavras, trata-se de compreender o cuidado não apenas como um protocolo institucional, mas como uma rede relacional construída a partir do reconhecimento das singularidades, da escuta sensível e do diálogo com as vulnerabilidades — elementos que sustentam a autonomia e o bem-estar dos sujeitos atendidos.

Metodologicamente, este trabalho inspira-se na antropologia interpretativa de Geertz (1989), utilizando a etnografia como ferramenta de investigação, conforme orientação de Goldenberg (2004). A etnografia, nesse sentido, é mais do que um método: é um posicionamento sensível e atento, que busca captar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas ações e relações. Como alerta Goldenberg (2004), o etnógrafo deve cultivar o distanciamento crítico em relação aquilo que lhe é familiar, permitindo-se o estranhamento necessário para enxergar além do óbvio. Esse deslocamento metodológico, como reforça Marina Schiochet (2019), impede que o pesquisador se acomode em certezas prévias, mantendo o olhar aberto

às nuances e contradições do campo. Por isso, o campo de pesquisa foi, para mim, não apenas o local de trabalho, mas também um espaço de descoberta, questionamento e aprendizado.

Essa aproximação foi conduzida através de visitas regulares, permitindo um aprofundamento na observação das dinâmicas diárias. A observação participante constituiu o principal instrumento metodológico, caracterizando-se pela participação ativa nas interações e no cotidiano do serviço, sem interferir diretamente nas rotinas estabelecidas. Durante esse processo, foram registrados diálogos, comportamentos e dinâmicas sociais, garantindo um olhar atento às relações construídas no contexto do cuidado.

O registro de dados foi realizado por meio da elaboração de notas de campo detalhadas, contemplando descrições do espaço físico, das interações interpessoais e das reflexões suscitadas pelas experiências observadas. A análise reflexiva também se mostrou essencial, considerando criticamente o papel da pesquisadora e os desafios de equilibrar o envolvimento afetivo com o distanciamento analítico, especialmente devido ao histórico de vínculo com o CAPS.

Segundo Howard Becker (1993), a observação participante não se limita a assistir às práticas e rotinas, mas implica estabelecer uma interação contínua e engajada com o grupo observado. Nesta pesquisa, o método foi operacionalizado por meio da participação em grupos terapêuticos e oficinas, do acompanhamento de consultas médicas e da realização de conversas informais com profissionais e usuários do serviço. Essa imersão possibilitou captar os significados que os atores atribuem às suas práticas, relações e decisões cotidianas, oferecendo uma compreensão mais densa das dinâmicas de cuidado na instituição.

O lugar ocupado pelos diferentes sujeitos no espaço institucional – sejam profissionais, pacientes ou familiares –, assim como as formas de gestão da loucura, as percepções sobre o cuidado recebido e as expectativas em relação à instituição, emergiram como eixos centrais de análise, permitindo acessar não apenas a dimensão operacional do serviço, mas também suas camadas simbólicas e subjetivas. Como demonstra Lopes (2019), essa perspectiva possibilita desvendar as concepções, valores e afetos que permeiam o trabalho em saúde mental, incluindo as percepções sobre a prática clínica, a natureza das interações estabelecidas e o significado político e social atribuído à instituição.

Além disso, a pesquisa foi sustentada por uma revisão bibliográfica que acompanha todo o percurso de trabalho de campo, funcionando como uma base teórica que dialoga com as experiências empíricas e contribui para aprofundar a análise. Essa revisão foi realizada de maneira contínua e crítica, permitindo não apenas consolidar conceitos fundamentais - como

cuidado relacional, gênero, políticas públicas de saúde mental e medicalização – mas também ressignificá-los à luz dos dados observados.

Particularmente relevante foi o diálogo estabelecido com as teorias feministas do cuidado, que permitiu situar as práticas institucionais dentro de um contexto histórico e político mais abrangente. Essa abordagem garantiu que a análise transcenda o nível descritivo, alcançando uma compreensão crítica das relações entre cuidado, dinâmicas de poder e mecanismos de reprodução das desigualdades sociais.

Ciméa Barbato Bevilaqua (2003) destaca que a etnografia deve ser compreendida como um conhecimento de natureza artesanal e profundamente situado, que emerge do contato próximo e sensível do pesquisador com o campo. Esse tipo de abordagem valoriza a experiência direta, subjetiva e particular do pesquisador, confirmando que são justamente essas vivências concretas — permeadas por percepções, afetos e interpretações pessoais — que se transformam em caminhos fundamentais para a compreensão das dinâmicas sociais de um grupo. A partir dessa exposição singular, é possível construir generalizações teóricas que ultrapassem o contexto imediato e gerem contribuições antropológicas e sociais mais amplas, iluminando questões estruturais que se manifestam nas práticas cotidianas.

Colocar em discussão as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil implica, fundamentalmente, criar espaço para reflexão sobre as múltiplas formas de subjetivação e as diversas maneiras de existência que compõem nossa sociedade. Este estudo parte do pressuposto de que a compreensão da saúde mental não pode se restringir ao paradigma biomédico - centrado em diagnósticos e terapêuticas medicamentosas - mas deve incorporar uma visão ampliada que considere as intrincadas relações entre fatores sociais, culturais, políticos e históricos que constituem tanto as experiências de sofrimento psíquico quanto as práticas de cuidado.

Nesta dissertação, propomos uma abordagem social e antropológica que visa ressignificar a Política de Saúde Mental brasileira, transcendendo os limites do modelo biomédico hegemônico e incorporando uma análise interseccional que considera as relações de gênero como eixo estruturante das práticas de cuidado. Tal perspectiva reconhece a saúde mental como fenômeno multidimensional, que demanda a integração de diferentes campos do conhecimento para sua plena compreensão. O foco de nossa investigação recai sobre as manifestações concretas do sofrimento psíquico e sua gestão no âmbito das políticas públicas - como se expressam nas práticas institucionais, nos discursos profissionais e nas experiências

dos sujeitos. Interessa-nos particularmente analisar em que medida essas manifestações reproduzem, contestam ou transformam os padrões sociais normativos.

Esta abordagem nos conduz necessariamente à valorização da diversidade cultural, das narrativas subjetivas e da multiplicidade de saberes, entendendo que a saúde mental não deve pautar-se por lógicas normalizadoras, mas sim por princípios como o diálogo, a escuta qualificada e o reconhecimento das diferenças. Ao integrar saberes heterogêneos e narrativas diversas, podemos vislumbrar práticas de cuidado mais criativas, sensíveis e ajustadas às realidades locais e às trajetórias de vida das pessoas que buscam o serviço de saúde mental.

Do ponto de vista metodológico, cumpre destacar que a pesquisa foi conduzida com rigor ético, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Ciências Humanas, Letras e Artes. Todos os procedimentos respeitaram os princípios de confidencialidade e consentimento livre e esclarecido.

Ao final deste percurso investigativo, esperamos que este trabalho possa oferecer contribuições concretas para o aprimoramento das práticas de cuidado, inspirar novas modalidades de intervenção centradas na construção de vínculos, fortalecer a luta por políticas públicas que reconheçam o cuidado como direito fundamental e a saúde mental como eixo estruturante da equidade social, e iluminar os micros processos relacionais que constituem o cotidiano dos serviços de saúde mental.

Por fim, esta pesquisa se insere no esforço mais amplo de construção de uma sociedade que acolha a diversidade psíquica e que compreenda o cuidado em saúde mental como prática essencialmente ética, política e comprometida com a dignidade humana em todas as suas expressões.

## **2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

O objetivo deste capítulo é apresentar e debater os principais marcos institucionais que configuraram a história da Política Pública de Saúde Mental no Brasil até a criação, em 2017, da atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conforme Elaine Maria Monteiro da Fonte (2012, p. 2), as políticas nacionais de atendimento à saúde mental podem ser “consideradas como um acordo político-jurídico que se estabelece numa determinada sociedade sobre a concepção e as respostas aos problemas da loucura/doença mental”. Desse modo, o capítulo dialoga com a bibliografia especializada para compreender as disputas políticas que, desde a reforma psiquiátrica ocorrida ao longo da década de 1970, têm tensionado o campo da saúde mental no país.

Nesse sentido, para identificar o modelo atual de atenção psicossocial às pessoas em sofrimento mental grave e persistente, incluindo decorrentes do uso de álcool e outras drogas, este texto volta-se ao passado. E é justamente nesse movimento que o Museu da Loucura, situado em Barbacena – MG, tem seu lugar de destaque, já que desempenhou um papel fundamental na história da saúde mental no Brasil e está intimamente relacionado com a história da loucura no país (KYRILLOS NETO; LENZ DUNKER, 2017).

Portanto, o item 1.1 busca contextualizar e sensibilizar o leitor sobre as formas de “cuidado” e o modo pelo qual a loucura foi administrada ao longo da história do Brasil, a partir do relato de uma visita técnica ao Museu da Loucura que tive a oportunidade de realizar em 2023. A partir desse panorama histórico, o item 1.2 realiza uma contextualização da Política Pública de Saúde Mental no Brasil, pontuando os embates políticos e sociais que marcam continuidades e discontinuidades entre o poder psiquiátrico e as formas de resistência das comunidades terapeutizadas até a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Por

fim, o item 1.3 versa sobre a implantação do Centro de Atenção Psicossocial no município de Cianorte – PR, equipamento substitutivo ao modelo manicomial e um dos pontos estratégicos da RAPS.

Dessa maneira, espera-se que o esforço deste capítulo em historicizar as práticas sociais e políticas públicas que reconfiguraram o debate sobre normalidade e anormalidade no Brasil se tornem compreensíveis e o leitor possa situar-se em relação as contemporâneas formas e reformas institucionais na área da saúde mental. Ao evidenciar os principais marcos legais, institucionais e ideológicos que sustentaram tanto o modelo manicomial quanto as propostas da Reforma Psiquiátrica, busca-se demonstrar como essas transformações não ocorreram de forma linear ou isenta de conflitos, mas foram atravessadas por disputas políticas, concepções divergentes de cuidado e resistências institucionais.

Com isso, pretende-se fornecer elementos que permitam ao leitor situar-se criticamente frente às formas contemporâneas de organização dos serviços de saúde mental, bem como às reformas institucionais em curso. Mais do que apresentar um panorama cronológico, o capítulo propõe uma análise das continuidades e rupturas que marcam as práticas cotidianas no campo da saúde mental, apontando os desafios ainda presentes na efetivação de um cuidado realmente humanizado, integral e comprometido com os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico.

## 2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA EM BARBACENA-MG

Em novembro de 2023 realizei uma visita técnica ao espaço museológico de Barbacena-MG, conhecido como o Museu da Loucura. O convite surgiu da coordenadora do curso de Psicologia de uma faculdade localizada no município de Cianorte-PR. O objetivo era reunir estudantes e profissionais de psicologia da região em uma experiência de formação inicial e continuada em alusão ao “setembro amarelo”, a campanha nacional de prevenção ao suicídio e promoção da vida.

Naquele momento já podia imaginar quão valiosa seria essa experiência para minha formação na área da saúde e para minha pesquisa no campo das ciências sociais, pois o local é uma referência ao conhecimento histórico do primeiro hospital psiquiátrico do estado de Minas Gerais e o maior do Brasil. Afinal, já havia lido e escutado de meus professores sobre o depoimento que Franco Basaglia, psiquiatra italiano e pioneiro da luta antimanicomial no Brasil, realizou ao local em 1979. Estarrecido, ele teria alegado: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum no mundo presenciei uma tragédia como essa” (ARBEX, 2013, p. 207).

De malas prontas, percorremos algumas boas horas de viagem até chegarmos ao destino final. O que levou aproximadamente 1.238km. Saímos no dia dois de novembro, com chegada no dia três pela manhã. No mesmo dia, logo após o almoço, embarcamos em direção à Serra da Mantiqueira, permeada por grandes muros e muitos pavilhões, para conhecer uma das histórias mais trágicas da psiquiatria no país. Uma história que Daniela Arbex (2013, p. 180) já descreveu como o “holocausto brasileiro”, em referência ao genocídio de mais de 60 mil pacientes praticado no Hospital Colônia e aos vários depoimentos que coletou.

Lá, existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma. Seria de desejar que o Hospital Colônia morresse de velhice. Nascido por lei, em 16 de agosto de 1900, morreria sem glórias. E, parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre o seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança (ARBEX, 2013, p. 180).

Estávamos em cerca de 40 pessoas e fomos recebidos por responsáveis pela apresentação do museu. Logo após uma contextualização e sensibilização geral sobre a importância do local, eles nos dividiram em dois grupos. É curioso pensar que nós estávamos em tão “poucas” pessoas, sendo que o antigo hospital possuía 16 pavilhões e já chegou a habitar 5mil internos num espaço com mais de 8 milhões de metros quadrados. De qualquer modo, a geografia espacial do museu foi construída em um espaço reduzido, imagino que intencionalmente, para que seus visitantes possam ter a experiência de estar amontoados, com barulhos, vozes e cheiros.

Meu grupo deparou-se com uma linha do tempo exposta na primeira sala. A partir dela, soubemos que, sob a administração do governo de Minas Gerais, a cidade mineira recebeu ironicamente a premiação de inaugurar o primeiro hospital psiquiátrico do Estado, após perder a disputa com Belo Horizonte para ser a capital do estado de Minas Gerais. Tal premiação garantiria o repasse de recursos para o município e outras vantagens econômicas, políticas e sociais. Portanto, Barbacena estava, naquele momento, no centro das atenções da psiquiatria nacional e em consonância com o que era praticado em outros hospitais do gênero (KYRILLOS, DUNKER 2017).

As instalações com janelas amplas e gradeadas evidenciavam reminiscências de um passado recente, cruel, doloroso e desumano expostos diante dos meus olhos e demonstravam as atrocidades cometidas principalmente pela omissão coletiva que perdurou durante 80 anos. Inaugurado em 1903, o antigo hospital colônia esteve em funcionamento até meados de 1980.

Nesse período, ganhou fama devido ao número exorbitante de pessoas que ali eram internadas, bem como pelos problemas éticos e “tratamentos” controversos. Especialmente entre os anos de 1930 e 1980, notabilizou-se por configurar uma verdadeira história de extermínio, responsável pela morte de mais de 60 mil pessoas. Aproximadamente 70% das pessoas que ali estavam não tinham diagnóstico de doença mental, “foram internadas involuntariamente”, “violentadas e mortas com a conivência do Estado” (KYRILLOS, DUNKER 2017, p. 952).

Os internos chegavam de toda parte do país, já que o hospital ficou situado em uma localização estratégica e central do Brasil. Chegavam sobretudo por meio do “trem dos doidos”, mas também em viaturas policiais e ônibus. A maioria era despejada ali sem data para sair. Ao adentrar a instituição “suas cabeças foram raspadas, e as roupas arrancadas” (ARBEX, 2013, p. 13), sendo seus corpos submetidos a condições desumanas, de negligência e violação de direitos. Em uma das salas, inclusive, me deparei com o uniforme dos internos, azul, de brim. Porém, nas fotografias a maioria estava nu. As camas não eram suficientes para abrigar o número de pessoas, que se multiplicavam, então os internos faziam colchões de capim, se amontoavam. Naquele ambiente, como relata Arbex (2013, p. 11),

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade.

A exacerbação da sequência de descaminhos não para por aí. Juntamente com o hospital foi construído um cemitério conhecido como “cemitério da paz”. Um lugar onde os corpos eram enterrados. Tal prática foi comum no hospital colônia de Barbacena. Porém uma das coisas que mais me chamou a atenção durante a visita guiada, foi saber que mais de 1.800 cadáveres foram vendidos para 17 faculdades de medicina do Brasil entre 1969 e 1980, pois os cadáveres da loucura haviam se tornado economicamente rentáveis. Aliás, a cadeia de comércio em torno da loucura, segundo Arbex (2013), impulsionou a economia local, fazendo com que muitas pessoas viessem de longe para trabalhar em Barbacena.

Ah, o trabalho! Um tema tão estrutural para toda sorte de ideologias capacitistas que tentaram e ainda tentam decretar a suposta incapacidade produtiva de certas pessoas ou grupos sociais e, assim, legitimam as mais diversas formas de exclusão social ao longo da história (CAMPBELL, 2009). Arbex (2013) afirma que pelo menos metade da receita do hospital colônia foi garantida por meio da exploração da força de trabalho não remunerado dos próprios

internos, que exerciam as mais diversas atividades, fosse na olaria, na fabricação de tijolos, nos serviços ao município, no calçamento de ruas, no conserto de vias públicas, na capinagem ou nas plantações.

A história sombria que nos era apresentada sala após sala, fala após fala, foi desvelando que a reclusão era destinada também aos jovens, deficientes, alcoólicos, pessoas em situação de rua, militantes políticos, homossexuais, negros, pobres, pessoas sem documentos e outras categorias construídas socialmente, tornando o hospital mais um “depósito de rejeitados” do que de tratamento e cuidado, conforme relatou nosso guia. As práticas adotadas naquele período, evidentemente, acompanhavam a longa e terrível relação que se estabeleceu no Brasil entre normalidade e anormalidade, sobretudo a partir da configuração de redes de instituições asilares que se expandiram entre os séculos XIX e XX com discursos modernizadores e nas ideologias eugenistas.

Nesse período, como argumenta Lilia Ferreira Lobo (2008, p. 17), as pessoas anormalizadas por sua condição corporal ou social, ou simplesmente incômodas para as aspirações civilizatórias de uma sociedade nacional em formação, configuravam:

Existências infames: sem absolutamente qualquer notoriedade, obscuras assim como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo sem deixar rastro – nenhuma nota de fama, nenhum feito de glória, nenhuma marca de nascimento, apenas o infortúnio de vidas cinzentas para a história e que se desvanecem nos registros porque ninguém as considera relevantes para serem trazidas à luz. Nunca tiveram importância nos acontecimentos históricos, nunca nenhuma transformação perpetrou-se por sua colaboração direta. Apenas algumas vidas em meio a uma multidão de outras, igualmente infelizes, sem nenhum valor. Porém, sua desventura, sua vilania, suas paixões alvos ou não da violência instituída, sua obstinação e sua resistência encontraram em algum momento quem as vigiasse, quem as punisse, quem lhes ouvisse as manifestações de alegria, as canções de lamento ou os gritos de horror.

Desse modo, parece plausível constatar que a história da loucura em Barbacena possui uma relação importante com os processos de colonização e com as relações de poder instauradas entre colonizadores e colonizado no país. Ao menos esse parece ser o argumento que Fagner Carniel e Anahí Guedes de Mello (2021, p. 491) constroem ao refletir sobre as intersecções profundas entre os processos de racialização, generificação e deficientização que configuraram o paradigma hegemônico da normalidade na tradição intelectual e política brasileira no começo do século XX.

Naquele contexto, marcado por discursos deterministas e higienistas acerca da mestiçagem, a ideia de raça sustentou assimetrias, hierarquias, relações de mando e de submissão que naturalizaram diferenças sociais e legitimaram a manutenção de um sistema de poder capacitista, paternalista e racista que estruturaria no país os contornos de sociedade desigual, excludente e violenta em que vivemos. Em particular, começava a se solidificar uma aliança perversa entre a ideologia do branqueamento e a da degenerescência, que produziria diferentes práticas e visões eugênicas ao longo de todo o século XX e cujos desdobramentos ainda assolam nossas coletividades.

Utilizando-se da justificativa de que a raça humana deveria ser melhorada e aperfeiçoada, muitas intervenções sociais, políticas e científicas fizeram com que pessoas indesejadas pela sociedade fossem colocadas numa posição subalterna, uma vez que eram percebidas como uma ameaça à ordem social (SCHWARCZ, 1993). O que corroborava a ideia do paradigma manicomial e das práticas de segregação e abandono em grandes hospitais que estiveram sendo implementadas em diversos países europeus (FOUCAULT, 2001). Além dessa tradição perversa que violentou corpos em nome da autoridade psiquiátrica, é importante considerar que, no período de 1964 a 1985, o Estado brasileiro foi governado por diversos líderes militares sob um regime ditatorial. E os aparelhos repressivos da ditadura militar utilizaram-se “das instituições psiquiátricas para aprisionar, torturar e até mesmo encobrir rastros de presos políticos” (GUEDES, 2019, p. 17).

Assim, pouco a pouco, comecei articular minhas leituras acadêmicas e minhas vivências profissionais na área da saúde com aquela experiência no Museu da Loucura em Barbacena. Passados 44 anos, tenho de concordar com Basaglia, pois apesar do hospital ter sido desativado no fim dos anos 80, as memórias e os objetos preservados no museu me fizeram estar entre os internados. No momento em que me deparei com aquela realidade, um misto de emoções tomou conta de mim. Enquanto profissional e executora da Política Pública de Saúde Mental no Brasil, não pude deixar de transparecer a minha indignação, tristeza e revolta por uma barbárie que não representa um evento histórico isolado, mas é o resultado de condições sociais, políticas e culturais mais amplas e suas raízes estão profundamente enraizadas na mentalidade e nas estruturas da sociedade moderna.

Como sugere Theodor Adorno (2003) em “Educação Após Auschwitz”, toda a cultura, a educação e a arte devem enfrentar criticamente as condições que possibilitaram o Holocausto e buscar formas de evitar que tais atrocidades se repitam. O Museu da Loucura parece se esforçar em cumprir essa tarefa. Seu patrimônio material e seu acervo de documentos, textos, fotografias, poesias, equipamentos, objetos cirúrgicos e outros artefatos relataram mais do que

a história do tratamento dado a àquelas pessoas. Revelam também a conformação de uma história de saberes e poderes que reconfigurou nosso tecido social a partir da definição de uma ideia de normalidade. Como observa Cláudio Umpierre Carlan (2008, p. 82), o Museu da Loucura funciona como “um sistema de recuperação de informações do passado fundamental para a reconstrução cultural de uma sociedade”.

Portanto, revisitar o passado através de uma experiência guiada no Museu da Loucura foi, para mim, uma maneira significativa de entender o tempo presente na área da saúde mental no Brasil. A exemplo do que argumenta Arbex (2013, p. 232-233), “a história do Colônia é a nossa história” e precisamos nos responsabilizar pela “vergonha da omissão coletiva” que não cessa de se repetir mesmo com o fechamento do hospital colônia em Barbacena, pois essa é uma história que continua “nas prisões, nos centros de socioeducação para adolescentes em conflito com a lei, nas comunidades à mercê do tráfico”. Ao ignorar esse genocídio perpetrado pelo Estado e pelo poder psiquiátrico com a indiferença de quem acredita que o passado já passou, não apenas nos tornamos cúmplices, mas caminharemos em direção ao passado bárbaro do qual somos herdeiros.

## 2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A compreensão da loucura e da Política Pública de Saúde Mental no Brasil passou por diversas transformações ao longo do século XX. O que fez com que a sua configuração institucional fosse marcada por continuidades e descontinuidades que informam conflitos, disputas e negociações permanentes entre o poder psiquiátrico e as formas de resistência das comunidades terapeutizadas. Nesse sentido, percebo que a implantação do atual modelo de atendimento psicossocial pode ser vista como mais um momento desse intenso processo de estruturação e reestruturação do campo da saúde mental no país. Provavelmente, vivenciaremos muitas novas controvérsias nos próximos anos – como a atual iniciativa da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência de reelaborar o conceito de deficiência psicossocial e saúde mental. No entanto, entendo que essas formas e reformas institucionais não se tornarão plenamente compreensíveis se não formos capazes de historicizar as práticas sociais e políticas que atravessaram tal processo.

Nesse sentido, gostaria de iniciar este tópico recuperando a ideia de que o processo de colonização, enquanto aspecto estruturante da realidade brasileira, teve um impacto significativo na história do país. Seus efeitos de longo prazo, impactariam a própria elaboração das Políticas Públicas, marcando o início de uma série de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que moldariam aspectos centrais da vida nacional e das ações estatais no

campo da saúde mental. Conforme Aníbal Quijano (2005), a formação colonial pode ser explicada como um sistema de exploração sobre os povos nativos e africanos escravizados. Um processo que ocorreu em todo o continente, especialmente após a dominação dos povos europeus. Sobre as Américas, portanto, estabeleceu-se um projeto imperialista, colonial e civilizacional que atravessaria os séculos e culminaria na constituição do capitalismo Ocidental, desencadeando perdas de território, dominação cultural, expropriação das formas tradicionais de vida e imposição de valores eurocêntricos.

Para Quijano (2005), a concepção de raça, construída a partir desse processo, foi a consequência da legitimação do discurso das elites colonizadoras e também um instrumento de dominação que reforçou as relações assimétricas de poder como a consequência de um projeto hegemônico no qual o conhecimento do mundo foi pautado pela ideologia da suposta superioridade de um povo sobre outros. Assim, o racismo criou novas identidades sociais – negros, índios, mestiços, pobres, perigosos, loucos e degenerados – e legitimou o poder dos colonizadores, colocando-os como agentes modernos da humanidade e de sua história, com a principal função de promover a classificação de superioridade e legitimar a subordinação dos povos colonizados como algo “natural” (STEPAN, 2007).

Desse modo, o pensamento dominante não só construiu formas de inferiorização sobre outros modos de vida, como também patologizou comportamentos e crenças que não se enquadrassem nos padrões impostos pela cultura colonizadora (CARNIEL e MELLO, 2021). Com isso, negros, mulheres, índios, homossexuais, pessoas com deficiência, alienados, degenerados e outras categorias atravessadas por hierarquias sociais foram colocadas numa posição subalterna e inferiorizada frente ao eurocentrismo. E é por isso que a construção da loucura como doença mental não pode ser pensada alheia a esses processos e das relações de poder instauradas a partir deles, já que influenciam contextos pós-coloniais.

Apesar do modo como os processos de segregação da loucura e das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais se relacionam com a herança colonial de poder, controle e resistência, foi mais precisamente com a chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, que a loucura passou a ser objeto de intervenção por parte do Estado. De acordo com Fontes (2012, p. 3), “nesse período de modernização e consolidação da nação brasileira como um país independente, passa-se a ver os loucos como “resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública”, o que justificaria o isolamento e exclusão de alguns corpos.

Especialmente àqueles com comportamentos agressivos e condições socioeconômicas desfavoráveis, que até então transitara livremente pelas ruas, restavam-lhes os porões das

Santas Casas de Misericórdia, em sua maioria ligados à igreja católica, de caráter religioso e assistencial. Segundo Alexandre Maciel Guedes (2019, p. 21) “as Santas Casas vão adquirindo uma função semelhante à dos Hospitais Gerais europeus, absorvendo cada vez mais desvalidos em suas dependências sem, no entanto, ofertar nenhum tipo de cuidado clínico”.

Além dessas, outras instituições asilares foram se ampliando em todo país e no final do século XIX o nascimento da psiquiatria brasileira se colocou como instância higienista e disciplinar por meio da medicina, “incorporou a sociedade como novo objeto e se impôs como instância de controle social dos indivíduos e da população” (FONTES, 2012, p. 04). O que deu legitimidade ao saber-poder médico sobre os corpos e possibilitou um olhar social cujo intuito era identificar comportamentos considerados desviantes e que pudessem ameaçar o bem-estar da sociedade.

Desse modo, submetidos a reclusão forçada, condições insalubres e formas extremas de violência, exploração e opressão, as primeiras instituições asilares surgiram como resposta aos reclamos gerais da sociedade, sendo a própria instituição concebida como lugar de ação terapêutica e de transformação social (BRASIL, LACCHINI, 2021). A fundação, em 1852, do hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro é considerada um marco institucional da psiquiatria brasileira e um exemplo inicial do modelo precário sobre saúde mental, já que eram frequentemente submetidos a tratamentos invasivos e métodos coercitivos. O que resultava ainda mais sofrimento aos internos.

Além disso, instituições psiquiátricas “exclusivas para alienados” foram sendo construídas pelo território brasileiro na tentativa de separar os loucos “curáveis” daqueles que supostamente não possuíam condições de retorno para a sociedade, ainda que sem a presença significativa de médicos. Fontes (2012, p.5) ressalta que “não só a nosologia psiquiátrica estava ausente das instituições, como também eram leigos os critérios de seleção dos pacientes, a juízo da autoridade pública em geral”.

Contudo, com o advento da República, em 1889, iniciou-se uma nova era política no Brasil, que pode ser caracterizada por um forte controle biopolítico da emergente sociedade nacional e pelo interesse nas Reformas Sociais e de Saúde (LOBO, 2008). O que influenciou significativamente as discussões sobre a modernização e reforma de tratamento ofertado aos pacientes psiquiátricos, pautado na verticalização das ações político-assistenciais (VENANCIO, 2011). Como ícone da modernização, foram surgindo as primeiras colônias agrícolas de assistência aos loucos curáveis, que se caracterizaram como a primeira reforma psiquiátrica brasileira, cuja função consistia em devolver para a sociedade indivíduos aptos

para o trabalho. Entretanto, a implantação desse modelo ainda permanecia sobre os moldes da exclusão baseadas nos princípios eugênicos – tanto que a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, tinha como lema “controlar, tratar e curar”, princípio marcadamente moralizador e saneador difundido pelo militarismo (FONTES, 2012).

É importante considerar que o golpe de 1937 reiterou a postura centralizadora e autoritária do governo Getúlio Vargas, impondo censura e repressão no modo de governar o país.

Ocorre neste mesmo ano a aprovação da lei nº 78, de 13 de janeiro de 1937, a qual reorganiza o MESP, agora rebatizado como Ministério da Educação e Saúde, o qual passa a contar também com o Departamento Nacional de Saúde, órgão que contava com quatro subdivisões, sendo elas as divisões de: Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Amparo à Maternidade e de Assistência a Psicopatas (GUEDES, 2019, p.41)

Tal divisão de Assistência a Psicopatas, criada no período, ficou responsável pelos serviços relativos à área e pela implantação de medidas de prevenção e atenuação de doenças psiquiátricas, tanto em nível nacional como local, além de auxiliar os serviços locais na subvenção e fiscalização dos recursos ofertados. Pouco tempo depois, foi constituído o Serviço Nacional de Doenças Mentais, vinculado ao Ministério de Educação e Saúde, em 1941 (FONTES, 2012,). O que fez ampliar, por meio da política hospitalocêntrica, os hospitais psiquiátricos, viabilizado por meio do Decreto Lei Nº 8.550 de 03 de janeiro de 1946 – chegando a compor 80% dos hospitais construídos no Brasil.

Assim fica determinado que os estados fossem os responsáveis pela concessão do terreno, manutenção da folha de pagamento, enquanto o governo federal se responsabiliza pela projeção, construção e aparelhamento da instituição” (GUEDES, 2019, p.42).

À época, muitos métodos considerados avançados e eficazes passaram a ser utilizados pela especialidade psiquiátrica, como a lobotomia e eletroconvulsoterapia. Ao investigar o trabalho e a trajetória de Antônio Carlos Pacheco e Silva como diretor do Hospital Juquery em São Paulo, entre os anos de 1923 e 1937, Gustavo Querodia Tarelow (2013, p. 32-33) oferece um relato importante:

Com as experiências realizadas a partir da Malarioterapia, desde 1925, Pacheco e Silva, ao longo da década de 1930, se empenhou na implementação de novos métodos terapêuticos baseados nos choques humorais. Neste contexto, são testadas pela

primeira vez no Brasil, no hospital Juquery, a Insulinoterapia, a convulsoterapia e as diversas técnicas de desenvolvimento da Lobotomia. Do mesmo modo, fundou, com sede no Juquery, a revista científica “Memórias do Hospital de Juquery” (...) para divulgar os trabalhos científicos produzidos no interior daquele manicômio (...) impondo uma visão organicista sobre as doenças mentais e apontando os estudos sobre anatomia patológica como o centro da formulação de diagnósticos e de base para o desenvolvimento de novas terapias (...) A partir de 1932, Pacheco passou a dividir as suas atividades de psiquiatra clínico, diretor do Juquery e diretor do Depto. De Assistência aos Psicopatas com a docência em faculdades de Direito e Sociologia. (...) A atuação de Pacheco e Silva (...), bem como a sua ligação íntima com as elites paulistas, o credenciou à indicação pelo setor industrial de São Paulo a uma vaga como deputado na Assembleia Nacional Constituinte de 1934. Nesta Assembleia, Pacheco e Silva defendeu uma série de preceitos eugênicos, buscando incluí-los na Carta Magna brasileira.

Apesar do aumento expressivo dos hospitais públicos psiquiátricos na primeira metade do século XX, o período que sucedeu o golpe militar de 1964, seria ainda mais fortemente marcado pelo autoritarismo, censura e repressão aos sujeitos enquadrados no espectro da anormalidade, e produziria a articulação e subsídio às instituições de iniciativa privadas. Esse contexto consolidou o apoio e financiamento a instituições privadas, impulsionando as internações e práticas mercantilistas, num período conhecido como “indústria da loucura”. De acordo com Luiz Cerqueira (1984, p. 4):

A partir da década de sessenta, já em plena ditadura militar, com a industrialização, a migração da população para os grandes centros urbanos e o crescimento da população de classe média (...) o modelo das grandes colônias, já em decadência foi progressivamente substituído pelos hospitais psiquiátricos privados, contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social, que foi montado no país através de um processo autoritário de unificação das referidas caixas. Este período, que ficou conhecido na assistência psiquiátrica como o da Indústria da Loucura; apresentou um crescimento absurdo do número de leitos privados contratados em psiquiatria.

Frente a isso, bem como aos conflitos políticos e sociais decorrentes da década de 1970, vários setores da sociedade foram se mobilizando em torno da redemocratização do país e conquistando gradualmente seus direitos civis e políticos, o que implicou a incorporação da “discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental” (FONTES, 2012, p. 10) e engajamento de políticas públicas mais inclusivas. Ao mesmo tempo foram sendo desnudadas as condições internas de violência, maus-tratos e tortura acometidos aos pacientes psiquiátricos, especialmente àqueles submetidos a longos períodos de internação.

Em continuidade, o ano de 1978 é marcado pela crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e pela mobilização dos residentes dos hospitais psiquiátricos, inspirando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) a denunciar as mais diversas formas de violência. Tais acontecimentos, juntamente com a crise econômica e previdenciária brasileira impulsionaram à Reforma Psiquiátrica, inspirada na psiquiatria democrática italiana e tendo como seu precursor Franco Basaglia, psiquiatra italiano que promoveu um importante reforma no sistema de saúde mental na Itália (FONTES, 2012). Ao analisar os impactos dessa reforma sobre o pensamento social brasileiro do período, Carniel e Mello (2021, p. 497) sugerem que:

Desde o final da década de 1970, a movimentação gerada pelas lutas antimanicomiais chamou a atenção da intelectualidade brasileira, justamente por ter perturbado as formas “bem-acabadas” pelas quais o pensamento social aprendeu a se relacionar com o binômio saúde-doença e nos ensinou a produzir perversas análises da normalidade para explicar qualquer expressão “anormal” da diferença durante praticamente todo o século XX (Machado et al., 1978). Naquele momento, a ideia de deficiência, fosse ela “física” ou “mental”, como se dizia na época, ainda figurava nos meios acadêmicos como um marcador atribuído por especialistas e não como uma construção política que poderia ser reivindicada com autonomia e ressignificada pelas próprias pessoas socialmente deficientizadas.

Ainda nesse sentido, Fontes (2012) acrescenta que o processo de desinstitucionalização teve maior destaque a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada no Rio de Janeiro-RJ em 1987, e o II Congresso Nacional de Saúde Mental, realizado em Bauru-SP no mesmo ano, que articulou o início da Luta Antimanicomial com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” – instituindo, então, o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Como observa Cristina Amélia Luzio (2011, p. 147)

(...) o ponto mais importante daquele momento foi a ruptura no processo restrito às mudanças no campo técnico-assistencial e a decisão de se buscar a construção de um outro paradigma para o setor, capaz de superar o modelo vigente.

Como consequência, em 1987 houve o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos e a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, denominado Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. E posteriormente, em 1988 a elaboração da Constituição Federal, Lei Suprema do Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado

pela Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Maria Lúcia Boarini (2011, p. 148) acrescenta que,

(...) com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos municípios passaram a desenvolver ações substitutivas na Saúde Mental, em especial aqueles que buscaram viabilizar, em todos os setores da saúde, os direitos constitucionais de seus usuários. Foram realizadas algumas experiências exitosas no campo da Saúde Mental, no Estado de São Paulo, ocorridas a partir da década de 1990. As experiências, em suas semelhanças e diferenças, compromissadas com a implantação e consolidação do SUS e com a defesa e a qualidade de vida dos cidadãos, mostraram a viabilidade e a importância do Sistema Único para desenvolver ações de promoção de saúde e de cuidado de qualidade para a população.

Por questões desta natureza e em prol de uma sociedade sem manicômios, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT) deu entrada junto ao Congresso Brasileiro em 1989 e tramitou por mais de 12 anos até a sua aprovação e regulamentação. Portanto, a Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica é considerada um marco na área da saúde mental no Brasil, uma vez que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Consiste em tratar pacientes com transtornos mentais não mais privados de liberdade, mas no seu território, na sociedade e na família (BRASIL, 2001).

No inciso II do parágrafo único do Art. 2º da Lei Federal Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 fica assegurado que a pessoa com transtorno mental deve “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, p.1). Desse modo, como modelos substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, foram instituídos com o propósito de tratar a pessoa com transtorno mental severo e persistente na família e na comunidade. Esses estabelecimentos foram efetivamente inaugurados por meio da Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ao definir que:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.9).

Ou seja, propõe principalmente, por meio de um processo científico, social e político complexo, superar a violência asilar e a trajetória higienista, já que produz rupturas na hegemonia do modelo manicomial e propõe estratégias inclusivas e libertárias a fim de garantir a defesa dos direitos humanos e a cidadania (AMARANTE, 2010).

Para Silvio Yasui (2010, p. 115), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

(...) não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

Trata-se, portanto, de compreender a existência humana e por conseguinte, o sofrimento psíquico em sua complexidade e singularidade, o que justifica a necessidade de abranger atores sociais distintos e diferentes instituições no sentido de oferecer uma assistência completa e adequada as particularidades de cada um. É por isso que a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS - regulamentada por meio da Portaria N° 3088, de 23 de dezembro de 2011 foi criada como estratégia de organização dos serviços em saúde mental, a qual inclui diferentes pontos de atenção em um determinado território, e leva em consideração a desinstitucionalização, a promoção da autonomia e a singularização do indivíduo.

Efetivamente, a RAPS envolve a criação de uma rede de serviços extra-hospitalares em saúde mental, o que inclui os Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades - I, II e III, CAPSi II (infantil ou infanto-juvenil) e CAPS ad II (álcool e drogas) – que são definidos a partir do tamanho, complexidade e abrangência populacional; as residências terapêuticas; os serviços de atenção domiciliar, dentre outras modalidades de tratamento.

### 2.3 IMPLANTAÇÃO DO CAPSI NO MUNICÍPIO DE CIANORTE – PR

Cianorte é um município de porte médio localizado no noroeste do estado do Paraná, na região sul do Brasil, com população de 79.527 habitantes (IBGE, 2023). Essa cidade foi criada por meio da Lei Estadual N° 2.412, de 13 de julho de 1955, e sua economia foi impulsionada pela indústria cafeeira dos anos 1970. A partir das décadas de 1980 e 1990 houve

um fortalecimento de outras indústrias, especialmente a do vestuário, convertendo a cidade em um polo econômico do estado.

O projeto de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSI) foi solicitado pela prefeitura do município de Cianorte em 2004, durante a gestão de Flavio Vieira. Em alguns anos, por meio da Portaria Nº 21, de 25 de janeiro de 2006, o CAPS de Cianorte foi habilitado na modalidade I e passou a realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS Nº 189, de 20 de março de 2002, republicada em 02 de setembro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental.

De acordo com a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS são organizados nas seguintes modalidades: CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi II e CAPS ad II.

A modalidade de CAPSI, conforme a Portaria mencionada, possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Inclui atividades como atendimento individual, seja psicoterápico, medicamentoso ou de orientação, atendimento em grupos operativos, atividades de suporte social, atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias visando a integração social do paciente, dentre outros atendimentos que visam a promoção da saúde mental, o desenvolvimento da autonomia e a convivência social dos pacientes na família e na comunidade.

O CAPS I recebe cofinanciamento do Ministério da Saúde (MS), dispondo de um recurso financeiro fixo mensal de R\$ 35.978,00 (trinta e cinco mil, novecentos e setenta e oito reais), o que chega aproximadamente a 27 salários mínimos. Este montante é destinado especificamente para custear as atividades de atenção psicossocial realizadas pela instituição, conforme estabelecido na portaria GM/MS nº 660 de 3 de julho de 2023. Este financiamento é essencial para garantir a continuidade e qualidade dos serviços prestados aos usuários do CAPS I, contribuindo para a promoção da saúde mental e o bem-estar da comunidade atendida.

A Portaria também prevê seu horário de funcionamento em dois turnos, no período das 08h às 18h, durante os cinco dias úteis da semana e define a equipe mínima para atuação:

**Tabela 1:** Recursos humanos - CAPSI

<b>Profissionais necessários</b>	<b>Quantidade</b>
Médico com formação em saúde mental	01
Enfermeiro	01

Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	03
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	04

Fonte: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Já a modalidade de CAPSII se distingue por possuir capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes, com horário de funcionamento em dois turnos, no período das 08h às 18h, podendo comportar um terceiro turno de funcionamento até às 21 horas.

O CAPS II recebe cofinanciamento do Ministério da Saúde (MS) e dispõe de um recurso financeiro fixo mensal de R\$ 42.056,00 (quarenta e dois mil novecentos e cinquenta e seis reais), chegando aproximadamente a 32 salários mínimos. Quanto a equipe mínima para atuação nessa modalidade, a Portaria prevê a composição dos seguintes profissionais:

**Tabela 2: Recursos humanos – CAPSII**

<b>Profissionais necessários</b>	<b>Quantidade</b>
Médico psiquiatra	01
Enfermeiro com formação em saúde mental	01
Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	04
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	06

Fonte: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

O CAPSIII, por sua vez, possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes e constituem-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, ou seja, 24 horas diárias, incluindo finais de semana e feriados. Caracteriza-se por realizar acolhimento noturno, com no máximo 5 leitos para eventual repouso e/ou observação e recebe financiamento do Ministério da Saúde (MS), dispondo de um recurso fixo mensal de R\$ 106.943,00 (cento e seis mil, novecentos e quarenta e três reais), isto é, cerca de 81 salários mínimos. E a equipe mínima para atuação na modalidade III, em regime intensivo, deve ser composta pelo seguinte quadro de profissionais:

**Tabela 3: Recursos humanos – CAPSIII (Regime intensivo)**

<b>Profissionais necessários</b>	<b>Quantidade</b>
Médicos psiquiatras	02
Enfermeiro com formação em saúde mental	01
Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	05
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	08

Fonte: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Ainda referente ao CAPSIII, no período noturno, em plantões corridos de 12 horas, a Portaria prevê uma equipe mínima composta por:

**Tabela 4:** Recursos humanos – CAPSIII (Plantão noturno)

<b>Profissionais necessários</b>	<b>Quantidade</b>
Técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço	03
Profissional de nível médio da área de apoio	01

Fonte: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

E para o período diurno, em plantões corridos de 12 horas, incluindo sábado, domingo e feriados:

**Tabela 5:** Recursos humanos – CAPSIII (Plantão diurno)

<b>Profissionais necessários</b>	<b>Quantidade</b>
Profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico	01
Técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço	03
Profissional de nível médio da área de apoio	01

Fonte: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Concomitante, a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 inclui a modalidade de CAPSi II – prevista para atendimento a crianças e adolescentes, e para uma população com cerca de 200.000 habitantes ou outro critério a ser definido pelo gestor local, com horário de funcionamento das 08h às 18h, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas. É cofinanciado pelo Ministério da Saúde (MS) com um recurso fixo mensal de R\$ 40.840,00 (quarenta mil e oitocentos e quarenta reais), ou seja, por volta de 32 salários mínimos.

Prevê a seguinte equipe mínima para atuação nessa modalidade de atendimento:

**Tabela 6:** Recursos humanos – CAPSi II

<b>Profissionais necessários</b>	<b>Quantidade</b>
Médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental	01
Enfermeiro	01
Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	0
Profissionais de nível médio: técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	05

Fonte: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

E por fim, define a modalidade de CAPS ad II - serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, para municípios com população superior a 70.000 habitantes, com horário de funcionamento das 08h às 18h, podendo também comportar um terceiro turno até às 21 horas. O valor do cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (MS) é de um valor fixo mensal de R\$ 50.564,00 (cinquenta mil e quinhentos e sessenta e quatro reais), ou seja, em torno de 38 salários mínimos.

E a equipe mínima para atuação nessa modalidade deve ser composta pelos seguintes profissionais:

**Tabela 7:** Recursos humanos – CAPS ad II

<b>Profissionais necessários</b>	<b>Quantidade</b>
Médico psiquiatra	01
Enfermeiro com formação em saúde mental	01
Médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas	01
Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico	04
Profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	06

Fonte: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Posto isso, à época o município se enquadrava na modalidade de CAPSI, portanto, logo após a sua aprovação e regulamentação, em 2006, foi realizado um concurso público específico

para compor a equipe mínima para atuação e abertura do serviço. No mesmo ano o CAPSI já estava em funcionamento.

Em 2016, ou seja, dez anos após a abertura do serviço, foi criada a Divisão de Saúde Mental como unidade administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e o cargo de provimento em comissão de Chefe da Divisão de Saúde Mental, por meio da Lei Municipal nº 4755/2016. Com isso, o município passou a ter uma pasta – Divisão de Saúde Mental – e uma coordenação específica, responsável por programar, coordenar e controlar as atividades relativas ao desenvolvimento de saúde mental no município de Cianorte – PR, incluindo o Centro de Atenção Psicossocial – CAPSI.

Portanto, instituído há mais de quinze anos, o CAPSI de Cianorte é um serviço de saúde pública vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, mas com uma divisão específica, voltado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Seu horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h30min às 17h30min. Está localizado na Rua Padre Theobaldo Blume, nº 645, e se encontra com o seguinte quadro de profissionais:

**Tabela 8:** Recursos Humanos – CAPSI Cianorte/PR

<b>Profissionais</b>	<b>Quantidade</b>
Médico clínico geral	01
Enfermeiro	01
Psicólogos	03
Assistente social	01
Pedagogo	01
Auxiliar de enfermagem	01
Serviços gerais	01
Motorista	01

Fonte: Próprio autor (2024)

Importa ressaltar que o CAPSI é um serviço de “portas abertas” – atende tanto demanda espontânea, isto é, quando as pessoas procuram o serviço sem encaminhamento prévio – como também se dá a partir de encaminhamentos de outros pontos da rede de atenção e de outros profissionais. A partir daí, o paciente passa por um processo de triagem e acolhimento inicial, onde retrata sobre suas queixas, sintomas e os motivos que o fizeram procurar o serviço. Para a realização do acolhimento existe uma escala de profissionais e, geralmente, este primeiro contato acontece com data e hora agendada, excedendo quando o indivíduo ou familiar procura o serviço abertamente.

Após esse procedimento os casos são discutidos em reuniões de equipe, realizadas às quartas-feiras das 10h às 12h. Nesse momento, os profissionais avaliam os casos, realizam a inserção no serviço ou possíveis encaminhamentos, a depender da demanda apresentada. Quando o paciente avaliado apresenta critérios para atendimento multiprofissional no CAPSI, ou seja, sofrimento psíquico intenso decorrentes de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados as necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, é incluído nas terapêuticas do serviço e realiza-se aquilo que é chamado de Plano Terapêutico Singular (PTS).

O objetivo da construção do PTS consiste em contemplar as demandas de cuidado do paciente em suas particularidades e necessidades com as modalidades de atendimento ofertadas, podendo incluir consulta médica, atendimento psicológico individual, grupos terapêuticos como os de alto risco, ansiedade, abstêmios, depressão, ouvintes de vozes, redução de danos, ou outro que esteja sendo executado; oficina de jogos e interação e oficinas terapêuticas como artesanato, pintura em tela e costura.

Vale ressaltar que a implantação e a solidificação de modelos de tratamento psicossociais como o CAPSI só foram possíveis com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o envolvimento de atores sociais que mobilizaram a Reforma Psiquiátrica e a ruptura do modelo manicomial até então predominante, um modelo que teria nos CAPSs uma rede capaz de produzir transformações sociais (YASUI, 2010). Nesse contexto histórico, político e social recente, a área da saúde mental se configura, portanto, como um movimento marcado por avanços e desafios a serem ultrapassados, pois conforme Silva e Silva (2020, p. 106).

(...) ainda há uma enorme distância entre o que propôs e o que de fato se efetivou, dado o contexto de contrarreforma do Estado que se iniciou na década de 1990 e se estende até os dias atuais, a influência das orientações neoliberais nas políticas sociais e o caráter de inovação e conservadorismo que estas possuem sob ordem do capital.

Apesar dos visíveis avanços alcançados, modificações intensas nas Políticas Públicas no âmbito da saúde mental puderam ser observadas a partir do ano de 2016 (SILVA, SILVA, 2020) – momento em que o Brasil passava por mudanças em seu processo democrático, com o golpe parlamentar que levou ao impeachment da presidenta Dilma Rousseff (Carniel, Ruggi e Ruggi, 2018). Consequência do autoritarismo e do conservadorismo do Estado sob a ordem do neoliberalismo, as recentes políticas de “contrarreforma” na área da saúde mental, especialmente durante os governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022),

desestruturaram brutalmente os modelos inclusivos de atenção psicossocial que estavam sendo idealizados desde a década de 1980 sob a justificativa de que intervenções estatais são desnecessárias, ou seja, “(...) defendem a ideia de que a causa da crise está no excesso de gastos/demanda na economia, sobretudo o gasto público” (SILVA, SILVA, 2020, p.107) e que portanto, a política econômica deve ser direcionada para um rigoroso ajuste fiscal, com a redução da interferência governamental e fomento à privatização (SILVA, SILVA, 2020).

Dentre as mais diversas formas de violência e de ataque direcionados à Rede de Atenção Psicossocial, a Portaria Nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, lançada pelo governo Temer, incluiu as Comunidades Terapêuticas na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, ou seja, por meio dessa Portaria as Comunidades Terapêuticas (CTs) passaram a fazer parte da rede de saúde mental junto ao SUS, e, portanto, a contar com o financiamento público do Ministério da Saúde (MS).

Sara Alencar de Lima (2023) acrescenta que as Comunidades Terapêuticas (CTs) são instituições que se caracterizam em regime de residência e que prestam serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Caracterizam-se por ser equipamentos fechados, com regras rígidas e punitivas, e utilizam-se de métodos de tratamento não baseados em evidências científicas, o que coloca em xeque sua eficácia e vai na contramão dos avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica.

Diante de tal atrocidade, em 2017 a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental (CISM), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras 20 entidades se posicionaram e enviaram uma carta aberta ao Ministério Público Federal pedindo a revisão da Portaria “tendo em vista que não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e tampouco incluídas no CNES, visto que não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob risco de incorrer em ilegalidade”<sup>1</sup>.

Em seguida, a situação se agravaria ainda mais com o lançamento da Emenda Constitucional Nº 95, de 16 de dezembro de 2016, aprovando o congelamento de Políticas Sociais, incluindo o SUS, por 20 anos. Além disso, a Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, propôs uma “revisão” na Política Nacional de Saúde Mental, estabelecendo algumas diretrizes para o que paradoxalmente afirmaram ser o seu “fortalecimento”.

De acordo com Silva e Silva (2020, p. 108),

---

<sup>1</sup><https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Carta-aberta-ao-Minist%C3%A9rio-P%C3%BAblico-Federal.pdf>

(...) o texto da Resolução nº 32/2017 apresentado garante: a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, ao passo que veta fechamentos e expande valores pagos para a internação nessas instituições de R\$ 49 para R\$ 80; estimula a criação de novas vagas em hospitais gerais; e propõe a ampliação das comunidades terapêuticas ligadas ao setor privado, de caráter religioso, para atender dependentes químicos por meio de um investimento bastante significativo, no valor que poderia chegar a R\$ 240 milhões por ano, contra quase R\$ 32 milhões destinados por ano aos demais dispositivos que compõem a rede de atenção.

Lamentavelmente, a resolução trouxe à tona a ineficácia das modalidades assistenciais, enaltecendo práticas de cunho manicomial e de violação de direitos, uma vez que se contrapôs às políticas libertárias e de inclusão (BRASIL, LACCHINI, 2021).

Não obstante, a Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, ainda trouxe a alteração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), “direcionando a PNSM em um movimento de enfraquecimentos dos serviços substitutivos e fomentando a implantação de dispositivos de lógica manicomial (Portaria nº 3.588/17)” (BRASIL, LACCHINI, 2021, p.26), por meio da viabilização de recursos hospitalares bastante significativos. Nesse sentido, acrescentou que “os recursos de leitos que vierem a ser desocupados não serão mais destinados para os serviços substitutivos, pois tais leitos não serão mais fechados (como previa a Lei n.10.216/2001) e sim ocupados por um outro possível paciente” (SILVA e SILVA, 2020, p.110).

Em consonância, a Portaria Nº 2.434, de 15 de agosto de 2018, lançada durante os últimos meses do governo Temer, reajustaria o financiamento de internações psiquiátricas e, paralelamente, suspenderia o repasse, por meio da Portaria Nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de leitos de saúde mental em hospital geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), alegando ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

Dando sequência ao desmonte das Políticas de Saúde Mental, a Nota Técnica do Ministério da Saúde Nº 11, de 04 de fevereiro de 2019, lançada pela gestão de Jair Bolsonaro, esclareceu sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, destacando “o retorno do hospital psiquiátrico para o centro do cuidado em saúde mental (...)” (BRASIL, LACCHINI, 2021, p.26) e a abstinência como única possibilidade de tratamento para as pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

Portanto, o Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que aprovou a Nova Política sobre Drogas, não mais pautava-se em estratégias de redução de danos como linha de cuidado, mas trouxe para o centro das práticas em saúde mental a promoção e a manutenção da abstinência como metodologia à dependência química. Essa mudança representaria uma importante descontinuidade com a Reforma Psiquiátrica, já que estabelece uma abordagem proibicionista. Sobre esse tema, Lima (2023, p. 37) destaca que “é importante lembrar que a redução de danos surge em consequência da luta antimanicomial, com uma postura contrária à abstinência e de guerra às drogas que visa reprimir e punir o usuário de substância psicoativa (SPA).”

Ainda nesse sentido, e utilizando-se como justificativa a ampliação do tratamento, cria-se uma nova modalidade de CAPSad, do tipo IV, cujo objetivo acabou por facilitar a internação psiquiátrica. Nelson Falcão de Oliveira Cruz, Renata Weber Gonçalves e Pedro Gabriel Godinho Delgado (2020, p. 7) salientam que

o CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPSs III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados.

De forma direta, o ataque governamental à Rede de Atenção Psicossocial, comprometeu os direitos humanos e a dignidade de inúmeros brasileiros, pois feriu o princípio da integralidade do cuidado, retirou direitos de egressos de instituições psiquiátricas e produziu desassistência a população que demanda cuidado referente ao sofrimento psíquico. Além disso, de modo mais particular, implicou na falta de recursos para os profissionais, reiterou ideologias e favoreceu a reprodução de estigmas e formas de discriminação dos pacientes, bem como a interrupção de grupos de apoio, como o de redução de danos.

Atualmente, de acordo com o Sistema de Legislação da Saúde – SLEGIS (2024), as seguintes Portarias encontram-se em caráter de vigência: Portaria Nº 1.482, de 25 de outubro de 2016; Emenda Constitucional Nº 95, de 16 de dezembro de 2016; Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017; Portaria Nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Em contrapartida, a Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e a Portaria Nº 3.659, de 14 de novembro de

2018, foram revogadas ainda no governo de Jair Bolsonaro.

### **3 PARA ALÉM DAS NORMATIVAS POLÍTICAS: OS ENCONTROS RELACIONAIS**

Este capítulo busca descrever o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI) no município de Cianorte – PR, contextualizando o perfil das pessoas que atualmente circulam pelo local – especialmente profissionais de saúde e pacientes. O objetivo é compreender como a Política de Saúde Mental se manifesta nesse cotidiano institucional local, examinando suas práticas, tensões e implicações sobre as relações de cuidado e sofrimento psíquico.

Ao longo da narrativa, são apresentados os contornos gerais do campo de pesquisa, com ênfase nos efeitos das políticas públicas sobre as interações entre profissionais e usuários. Destacam-se, em especial, as dinâmicas de cuidado e as questões relativas à efetividade do atendimento. Surge, nesse ponto, uma pergunta fundamental: como as relações de gênero influenciam as formas de cuidado estabelecidas no CAPS?

A investigação parte do pressuposto de que o campo da saúde mental é um espaço permeado por conflitos e disputas políticas e ideológicas que impactam diretamente as práticas institucionais. Essa perspectiva orienta a articulação entre observações sistemáticas da rotina institucional e a reflexão crítica sobre minha experiência como funcionária e psicóloga no CAPSI, onde atuei por mais de cinco anos (2018-2024).

Essa vivência não é tratada de maneira unívoca ou simplista, mas sim como uma oportunidade de análise reflexiva, que permite identificar continuidades, descontinuidades e retrocessos na implementação da Política de Saúde Mental. Tal abordagem propicia um diálogo entre a prática profissional, a experiência vivida e a produção acadêmica, ao mesmo tempo em que oferece uma visão mais profunda sobre os desafios enfrentados pelo serviço. Nesse diálogo, também cabe indagar: de que modo os papéis de gênero atravessam os vínculos terapêuticos?

Durante a minha atuação no CAPSI, observei de forma recorrente os desafios comuns ao setor público, amplificados pelas condições específicas da saúde mental no Brasil. Nesse sentido, as “Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)”, elaboradas por meio do Conselho Federal de Psicologia (2022, p.96), apontam que a consolidação de uma rede eficaz em saúde mental é comprometida por fatores como:

- Atravessamentos políticos partidários, que revelam que a política de saúde ainda é uma política de governo e não de Estado;
- As diferentes concepções técnicas e teóricas dos trabalhadores do sistema;
- Falta efetiva de investimentos financeiros na consolidação do sistema, restringindo o acesso da população;
- Infraestrutura inadequada;
- Precarização das condições de trabalho;
- Pouca participação da sociedade no efetivo controle e fiscalização dos serviços;
- Qualificação insuficiente dos profissionais de saúde para atuação no SUS de forma interdisciplinar e implicada com a produção de saúde e não somente com foco na doença;
- Medicalização da assistência.

Esses elementos, frequentemente experimentados em meu cotidiano no CAPSI geraram um ambiente de insegurança e constantes questionamentos, levando-me a refletir criticamente sobre a efetividade do atendimento prestado à população. Nesse cenário, o trabalho no CAPS tornou-se um campo privilegiado de observação e análise das dinâmicas de cuidado e de sofrimento, revelando relações que transitam entre empatia, rivalidade, solidariedade e conflito. Nesse contexto, uma pergunta atravessou minhas reflexões: partindo do pressuposto de que as mulheres, historicamente associadas ao trabalho do cuidado, são também as que mais se responsabilizam pelas tarefas afetivas, organizacionais e de manutenção da rede, como se distribuem, de fato, as funções de cuidado entre os profissionais?

A abordagem etnográfica fundamenta este trabalho. A partir da observação participante e do uso de um diário de campo, busco não apenas descrever o ambiente institucional, mas também capturar os significados e práticas que configuram as interações no CAPSI. Como aponta Becker (1993), a observação participante permite uma imersão na rotina do grupo estudado, possibilitando uma análise rica e contextualizada das experiências cotidianas.

Essa imersão foi potencializada pela minha inserção prévia como funcionária, o que não apenas facilitou o acesso ao campo, como também ampliou minha compreensão crítica sobre as dinâmicas institucionais. Esse posicionamento, conforme Goldenberg (2004) e Bevilacqua (2003), enriquece a pesquisa etnográfica ao conectar vivências individuais a contextos sociopolíticos mais amplos, contribuindo para análises teóricas e sociais. Essa posição de mulher e psicóloga também me levou a questionar: A autoridade técnica se distribui de forma igualitária entre homens e mulheres dentro da equipe? quais os impactos de gênero na forma como os profissionais são ouvidos e respeitados na instituição?

A partir desses elementos introdutórios, as discussões que se seguem estão organizadas em duas partes principais. No item 2.1 assumo uma perspectiva estatal e apresento uma descrição detalhada do funcionamento do CAPS de Cianorte-PR, abordando os desafios enfrentados e as descontinuidades da Política de Saúde Mental em sua execução local. No item 2.2 compartilho encontros relacionais significativos que marcaram meu percurso na instituição, evidenciando a diversidade de trajetórias e experiências das pessoas que frequentam o serviço. Em cada um desses relatos, proponho também uma escuta atenta às desigualdades de gênero que atravessam as histórias dos usuários e profissionais, buscando compreender como o sofrimento mental se articula às opressões de gênero.

Espera-se que este capítulo proporcione ao leitor uma compreensão ampliada sobre as práticas de saúde mental no CAPSI de Cianorte-PR. Ao relatar as experiências e trajetórias de seus usuários e profissionais, busco revelar as múltiplas formas pelas quais a Política de Saúde Mental é vivenciada em um contexto institucional local. A narrativa aspira contribuir para o debate sobre saúde pública, expondo os desafios e as potencialidades de um sistema marcado por constante disputa e transformação. Mais do que isso, propõe-se a refletir: que transformações seriam possíveis se as questões de gênero fossem incorporadas de forma transversal às práticas institucionais de cuidado?

### 3.1 DESAFIOS E DESCONTINUIDADES NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM CIANORTE-PR

O CAPSI encontra-se situado em uma área central de Cianorte – PR e desde a sua implantação utiliza-se de espaços de locação, não possuindo uma estrutura própria. Até o início de 2023, apresentava-se no formato casa, ideia relacionada a conceitos defendidos por autores e correntes da reforma psiquiátrica no Brasil e que sustentam a importância de o ambiente de saúde mental promover acolhimento e cuidado humanizado, devendo, portanto, assemelhar-se a uma residência, isto é, à ideia de um lar, de um espaço íntimo e seguro, capaz de gerar vínculos afetivos e pertencimento.

Amarante (2011) afirma que os CAPS devem funcionar como espaços acolhedores e humanizados, permitindo a sensação de pertencimento, convivência social e a integração com a comunidade, em oposição a ambientes institucionalizados e ao modelo hospitalar tradicional. Essa concepção remete ao esforço de desmedicalizar o cuidado, favorecendo uma lógica de horizontalidade e proximidade entre profissionais e usuários. Contudo, é preciso problematizar também o simbolismo da “casa” enquanto lugar historicamente associado ao trabalho feminino e às relações de cuidado invisibilizadas. Se, por um lado, a casa sugere acolhimento e familiaridade, por outro, ela carrega a marca da naturalização do cuidado como tarefa feminina, silenciosa e emocionalmente exigente. Nesse sentido, cabe perguntar: ao assumirmos o modelo “casa” como ideal para os CAPS, estaríamos também reforçando um tipo de cuidado ancorado em expectativas de gênero?

Essas tensões tornaram-se ainda mais visíveis no momento em que a equipe precisou buscar um novo local para funcionamento. A falta de espaço físico, acessibilidade e outras carências sentidas por pacientes e profissionais exigiram a locação de outro imóvel. A princípio, nos organizamos internamente e realizamos diversas visitas a imóveis disponíveis para locação. Contudo, esbarramos na dificuldade de encontrar um local no formato casa que fosse, ao mesmo tempo, adequado às necessidades técnicas da equipe e às demandas dos pacientes. Assim, optamos por uma estrutura no formato clínica, onde anteriormente funcionara uma instituição de ensino privada voltada a estudos de raciocínio lógico, memória e atenção. Embora não se configurasse como o espaço “ideal” para um CAPS, foi o que mais se aproximou das condições necessárias à continuidade do serviço, e o contrato foi firmado.

É importante salientar que o modelo clínico sugere uma estrutura mais próxima do modelo tradicional em saúde, ou seja, um ambiente institucionalizado com características semelhantes à de clínicas médicas convencionais, com salas de consultas voltadas

especialmente a atendimentos individuais. Esse tipo de organização física e simbólica acaba, muitas vezes, reforçando uma lógica biomédica e hierarquizada, em detrimento da proposta mais horizontal e coletiva que orienta a política dos CAPS (KINOSHIRA, 2015).

Essa mudança de ambiente também impacta diretamente as relações de cuidado. Ao deixar o modelo casa e adentrar um modelo clínico, perde-se parte da simbologia relacional, afetiva e cotidiana que fazia do CAPS um espaço de convivência. Mas, paradoxalmente, isso também nos permite interrogar criticamente: até que ponto o ideal da “casa” no CAPS não exige das profissionais mulheres – majoritárias na equipe – uma postura de cuidado quase materno, emocionalmente carregada, que ultrapassa o escopo técnico da função?

Ainda que o CAPSi tenha se deslocado fisicamente do modelo “casa” para o modelo “clínica”, os sentidos de cuidado atribuídos ao primeiro permanecem simbolicamente inscritos no cotidiano do segundo. A casa, enquanto ideal arquitetônico da reforma psiquiátrica, já carregava uma forte marca de gênero: era um espaço que evocava acolhimento, escuta e vínculo, mas que também naturalizava a figura feminina como principal responsável por sustentar afetos e rotinas. Com a transição para a clínica – marcada por divisões mais rígidas de status, hierarquias funcionais e maior tecnificação das práticas –, imaginava-se uma ruptura com essa lógica. No entanto, o cuidado em saúde mental, ainda que reformulado em discursos técnicos ou institucionais, segue sendo sustentado por relações de trabalho generificadas e profundamente desiguais. Assim, a casa permanece dentro da clínica, não mais como estrutura física, mas como lógica de funcionamento: o trabalho emocional e relacional, esperado das profissionais mulheres, segue invisibilizado e desigualmente distribuído. Essa permanência revela que a clínica não elimina a casa – apenas reorganiza suas formas de expressão e aprofunda, por vezes, a tensão entre cuidado e reconhecimento, entre afeto e profissionalismo, entre técnica e sensibilidade. Questionar o que há de casa na clínica é, portanto, refletir sobre como o cuidado atravessa espaços, corpos e políticas, e como ele continua sendo gerido a partir de estruturas que articulam gênero, poder e desigualdade.

Assim, o espaço físico não é neutro: ele materializa concepções de cuidado, de profissionalismo e de gênero que precisam ser continuamente analisadas e debatidas. Incorporar uma perspectiva de gênero às práticas institucionais passa, portanto, por interrogar inclusive os sentidos atribuídos ao ambiente e às expectativas depositadas sobre quem cuida.

**Figura 1: CAPSI de Cianorte-PR**



Fonte: O autor (2024)

A construção do local é de alvenaria e foram realizadas diversas adaptações e reparações, incluindo a divisão de salas para atendimento psicológico e multiprofissional, instalação de ar-condicionado, abertura de portas e janelas e colocação de vidros. Nos fundos, há uma segunda construção, menor, reservada para a realização das oficinas terapêuticas. Apesar dos esforços de adaptação, a estrutura física ainda apresenta desafios significativos, sobretudo no que se refere à acessibilidade e mobilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. A permanência de degraus e a ausência de recursos arquitetônicos adequados revelam uma lacuna na atenção às necessidades de inclusão e à garantia de direitos dos usuários. Esses elementos físicos, muitas vezes negligenciados no planejamento e execução das políticas públicas, impactam diretamente a qualidade do cuidado e a efetividade das ações do CAPS.

Do ponto de vista do trabalho na área da saúde mental, conforme destaca Ingrid Joyce Almeida de Jesus (2018), o ambiente físico assume um papel crucial como instrumento terapêutico, funcionando não apenas como cenário para o tratamento, mas como um elemento ativo no processo de reabilitação psicossocial. Isso significa que a organização dos espaços não é neutra: ela pode provocar sentimentos diversos nos sujeitos, como calma, pertencimento e confiança, ou, ao contrário, medo, estresse e desamparo, dependendo de como o ambiente é configurado, acessado e simbolicamente percebido.

Ainda que a nova sede do CAPS represente, em certos aspectos, uma “melhoria” frente ao imóvel anterior — especialmente no que se refere à amplitude e à climatização —,

compartilhávamos, enquanto equipe, a percepção de que a estrutura no formato de clínica apresenta limitações importantes. A ausência de áreas comuns amplas, a disposição das salas em corredores fechados e a estética predominantemente funcional interferem na construção de vínculos, na espontaneidade das interações e na dinâmica relacional do cuidado. Esses elementos dificultam a promoção de um ambiente acolhedor, confortável e afetivamente significativo — condições essenciais para a consolidação de um cuidado realmente humanizado.

Essas limitações revelam uma tensão entre o cuidado enquanto política pública e o cuidado enquanto prática relacional. E aqui, mais uma vez, é importante interrogar os efeitos dessa configuração sobre as próprias trabalhadoras. Quem compensa a frieza do espaço? Quem transforma a rigidez da clínica em acolhimento cotidiano? Frequentemente, são as profissionais mulheres — psicólogas, assistentes sociais, técnicas de enfermagem — que, diante das falhas estruturais, mobilizam suas próprias subjetividades e afetos para garantir a continuidade do cuidado. Essa mobilização, embora invisibilizada, produz sobrecarga emocional e reforça desigualdades de gênero, pois se espera que essas trabalhadoras assumam um “cuidado ampliado”, muitas vezes naturalizado como expressão de sua sensibilidade ou vocação. (HIRATA, 2022)

Atualmente, o CAPSI conta com um total de 13 cômodos, cada um destinado a uma função específica dentro da dinâmica institucional. A sala da recepção funciona como porta de entrada para o serviço, sendo o primeiro ponto de contato entre os usuários e a equipe. Há ainda uma sala de atendimento médico, onde são realizadas as consultas psiquiátricas — geralmente marcadas por um modelo de cuidado mais técnico e focado na prescrição medicamentosa. Além dela, o espaço conta com quatro salas destinadas aos atendimentos individuais, que, conforme a demanda e a dinâmica da equipe, também podem ser utilizadas para pequenos grupos terapêuticos ou reuniões com familiares.

Duas outras salas são reservadas para oficinas terapêuticas, atividades essenciais à proposta de reabilitação psicossocial e fortalecimento do convívio coletivo. Essas oficinas têm um papel estratégico na desinstitucionalização do cuidado, promovendo espaços de criação, expressão e pertencimento. No entanto, a disponibilidade e funcionalidade dessas salas também dependem da criatividade e do engajamento da equipe, o que frequentemente recai sobre as profissionais mulheres, que historicamente acumulam a responsabilidade por tarefas relacionais, educativas e de articulação comunitária (HIRATA, 2022).

O CAPS dispõe ainda de um escritório compartilhado pelos profissionais, utilizado tanto para organização administrativa quanto para discussões de caso e planejamento de atividades; uma despensa para armazenamento de materiais; e três banheiros — um de uso exclusivo da equipe técnica e dois voltados ao uso dos pacientes. Apesar da organização funcional, a forma como o espaço é distribuído e vivenciado carrega marcas das tensões entre as necessidades clínicas, as diretrizes da saúde mental coletiva e as condições reais de trabalho, muitas vezes precarizadas. Além disso, é possível identificar uma sobreposição entre os papéis atribuídos às profissionais e a configuração dos ambientes, onde salas de “oficina”, “acolhimento” e “convivência” acabam simbolicamente associadas ao trabalho feminino, relacional e invisível — em oposição às salas de consulta médica, que reforçam o prestígio e a centralidade da prática psiquiátrica tradicional.

Para avaliar a adequação da infraestrutura às necessidades do serviço, faz-se pertinente uma comparação com as recomendações presentes no “Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios” (BRASIL, 2013). Esse manual estabelece diretrizes para a concepção de espaços que favoreçam um modelo de atenção psicossocial mais próximo da lógica do acolhimento e do cuidado em liberdade, em oposição a modelos hospitalares ou excessivamente clínicos. Nesse sentido, compreender as discrepâncias entre o espaço físico disponível e as recomendações oficiais permite refletir sobre como a estrutura do CAPSI impacta as dinâmicas de atendimento e quais adaptações poderiam ser implementadas para aproximá-lo de um modelo mais humanizado e efetivo.

**Tabela 9:** Infraestrutura – CAPSI.

<b>Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UA):</b>	<b>Quantidade mínima*</b>	<b>Estrutura Física</b>
Recepção (espaço de acolhimento)	01	01
Sala de atendimento individualizado	03	04
Sala de atividades coletivas	02	02
Espaço de convivência (Área de estar para paciente interno, acompanhante de paciente e visitante)	01	Não possui
Banheiro adaptado	02	03 banheiros, sendo que somente 01 é adaptado, conforme as normas da ABNT
Sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação)	01	Não possui

Posto de enfermagem	01	Não possui
Quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno com 02 camas)	01	Não possui
Sala administrativa	01	01 (inadequada)
Sala de reunião	01	Não possui
Almoxarifado	01	01
Arquivo (sala para arquivo)	01	01
Refeitório	01	Não possui
Copa (cozinha)	01	01
Banheiro com vestiário para funcionários	01	Não possui

**\*Quantidade mínima obrigatória para os CAPS I, conforme estabelecido na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**

**Fonte:** Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. (BRASIL, 2013).

Ao confrontar as exigências previstas nas normativas oficiais com a estrutura física do CAPSI, não é difícil constatar a ausência de diversos espaços essenciais. Em especial, observa-se a carência de áreas projetadas para práticas coletivas de cuidado, fundamentais para a abordagem psicossocial, bem como a falta de um espaço adequado para procedimentos de medicalização, o que compromete a organização dos atendimentos e a garantia da privacidade dos usuários que necessitam desse suporte.

A ausência desses espaços não apenas limita a diversidade e a qualidade das ofertas terapêuticas, como também tende a provocar disputas e tensões entre os profissionais de saúde e os próprios pacientes. Dessa forma, a inadequação da infraestrutura revela-se não apenas como um entrave técnico ou logístico, mas como um fator que interfere diretamente nas relações interpessoais no interior da instituição, afetando a dinâmica de trabalho da equipe e a experiência dos usuários no serviço. Mais do que um problema estrutural, compromete a efetividade das práticas de cuidado, fragiliza a implementação da política de saúde mental no território e evidencia desigualdades institucionais persistentes, que desafiam cotidianamente o ideal de um cuidado psicossocial integral, equitativo e humanizado.

Talvez o exemplo mais expressivo dos efeitos da organização do espaço sobre o atendimento prestado no CAPSI diz respeito à ausência de um local apropriado para as profissionais de enfermagem. Sem uma sala destinada especificamente a essa equipe, as profissionais de enfermagem passavam a maior parte do tempo na recepção — espaço originalmente pensado para o acolhimento inicial dos usuários. Essa disposição inadequada não apenas comprometia o pleno exercício de suas atribuições técnicas e assistenciais, como

também gerava uma confusão de papéis institucionais. Frequentemente, eram erroneamente identificadas como recepcionistas por pacientes e familiares, o que contribuiu para a desvalorização simbólica do seu trabalho e para o apagamento de suas funções no processo terapêutico. Essa sobreposição de funções e a ocupação indevida de espaços revelam como a arquitetura institucional pode produzir efeitos subjetivos e organizacionais relevantes, afetando o reconhecimento profissional, a identidade de função e a própria qualidade do cuidado ofertado (JESUS, 2018).

A configuração espacial observada resultou de uma decisão institucional que privilegiou a destinação de salas para o atendimento médico e psicológico, relegando outras funções a espaços improvisados, o que revelou não apenas uma lógica de gestão centrada em determinados saberes, mas também uma hierarquia simbólica entre as práticas de cuidado, em que determinadas profissões — como a enfermagem, o serviço social e a educação — foram subordinadas, tanto em termos de espaço quanto de visibilidade institucional.

Com o tempo, à medida que a equipe se adaptava ao novo espaço, tornava-se evidente que o “novo” CAPSI ainda carregava desafios antigos. A reestruturação física do serviço, que inicialmente prometia melhorias, acabou por reproduzir desigualdades internas e divisões de status já existentes, reacendendo disputas em torno do reconhecimento e da centralidade de determinadas funções dentro da equipe multiprofissional. Diante desse cenário, uma pergunta inevitável emerge: por que a equipe, mesmo ciente das fragilidades pré-existentes, optou por uma organização que reforça tais desigualdades? Essa indagação leva a refletir sobre os limites da participação coletiva nos processos decisórios e também sobre como determinadas estruturas de poder e prestígio se mantêm — e até se intensificam — mesmo em contextos que se pretendem colaborativos e integrados.

A permanência e a alimentação dos pacientes também foram afetadas pela ausência de um refeitório adequado. Conforme a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, pacientes atendidos por um turno (quatro horas) deveriam receber uma refeição por dia, enquanto aqueles atendidos por dois turnos (oito horas) deveriam receber duas refeições diárias. No entanto, a carência de um ambiente apropriado impedia que esse direito fosse garantido de maneira digna. Sem um espaço próprio para as refeições, os lanches eram realizados nas mesmas salas utilizadas para as oficinas terapêuticas. Assim, após a finalização das atividades expressivas, os alimentos eram trazidos para o local, e os pacientes se alimentavam ali mesmo, muitas vezes sobre mesas ainda cobertas de materiais de trabalho ou em cadeiras dispostas de maneira improvisada. A alimentação, que deveria ser compreendida como parte integrante do cuidado

— um momento de socialização, acolhimento e preservação da dignidade — era reduzida a uma função operacional adaptada às limitações físicas do espaço.

Diante desse contexto, a mudança da “casa” para a “clínica”, em 2023, trouxe não apenas a retomada dos atendimentos previstos, mas também inaugurou um novo cenário de adaptação para pacientes e profissionais. À medida que os pacientes retornavam ao serviço, tornava-se perceptível o impacto da mudança na forma como percebiam o espaço. Muitos expressaram surpresa ao se depararem com a nova estrutura, demonstrando tanto curiosidade quanto certo estranhamento em relação à organização do ambiente.

A transição gerou um misto de reações: alguns usuários, já familiarizados com a equipe, elogiaram aspectos como a disposição das salas, a localização do prédio, o gramado em frente à edificação e, sobretudo, a ausência de muros e grades delimitando a entrada. Como comentou um dos pacientes ao chegar: "Agora sim parece um serviço de portas abertas."

Por outro lado, também surgiram percepções menos positivas. Alguns usuários mencionaram que, apesar da melhoria estrutural, o novo espaço não transmitia a mesma sensação de acolhimento da antiga sede. A ausência do ambiente mais informal e familiar da casa anterior gerava um certo distanciamento emocional, fazendo com que alguns não se sentissem tão à vontade quanto antes. Com o passar dos meses, no entanto, tanto os pacientes quanto os profissionais começaram a se adaptar à nova configuração do serviço. De maneira gradual, fomos incorporando a estrutura da "clínica" ao nosso cotidiano, naturalizando as mudanças na organização do espaço e ajustando as dinâmicas de trabalho, acolhimento e interação social para essa nova realidade. Essa adaptação, contudo, não ocorreu de maneira homogênea ou sem desafios - foi atravessada por diferentes percepções, ajustes institucionais e reavaliações sobre o funcionamento do CAPSI dentro dessa nova infraestrutura.

Além das transformações no espaço físico e na dinâmica interna do serviço, a mudança de local também trouxe novas condições para a realização das visitas domiciliares e das buscas ativas de pacientes, com a chegada de um novo veículo – um carro baixo. Com isso, o serviço passou a dispor de dois automóveis próprios, uma van e um carro baixo. Esse aumento na frota representou um avanço na logística do serviço, possibilitando maior mobilidade para a equipe e facilitando o deslocamento até os usuários que, por diferentes razões, encontravam dificuldades em comparecer presencialmente à unidade. No entanto, apesar desse avanço, ambos os veículos careciam de adaptação para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, o que limitava o atendimento a pacientes que necessitavam de suporte específico para o transporte.

As visitas domiciliares, compreendidas como um importante recurso de cuidado, eram realizadas sempre que a equipe técnica as considerava necessárias. A decisão sobre sua realização levava em conta as particularidades de cada paciente, as demandas de suas famílias e, em alguns casos, determinações do Poder Judiciário. Esse contato direto com o ambiente de vida dos usuários permitia uma escuta mais ampliada das suas necessidades e desafios cotidianos, favorecendo a construção de estratégias de cuidado mais ajustadas à sua realidade.

Entretanto, a ausência de uma periodicidade fixa para as visitas e a necessidade de conciliar essa atividade com outras demandas do serviço impunham desafios à sua efetivação. Como não havia dias ou horários preestabelecidos, as visitas eram organizadas nos intervalos entre os demais atendimentos, o que restringia a participação de profissionais com agendas mais rígidas, como médicos e psicólogos. Esse fator, por vezes, dificultava a articulação de uma abordagem interdisciplinar mais robusta, tornando o acompanhamento menos frequente e limitando a possibilidade de intervenções mais aprofundadas no contexto domiciliar. Assim, embora as visitas representassem um dispositivo fundamental de cuidado, sua operacionalização exigia constante negociação e reorganização dentro da rotina da equipe.

Outra atividade central no cotidiano do CAPS eram as oficinas terapêuticas, concebidas como espaços estruturados para promover acolhimento, expressão e reabilitação psicossocial dos pacientes. Para Silvio Yasui (2010), essas oficinas possuem um papel fundamental no processo de reabilitação psicossocial e têm se mostrado especialmente eficazes no tratamento de pacientes com transtornos mentais, pois oferecem oportunidades para a externalização e sublimação de sentimentos e emoções, contribuindo para a redução do estresse e da ansiedade, processamento de traumas, melhora das funções cognitivas e a ampliação da integração social.

Mais do que momentos de aprendizado ou lazer, as oficinas terapêuticas se configuram como dispositivos fundamentais para a construção da subjetividade, permitindo aos pacientes estabelecerem novas formas de conexão com a realidade e consigo mesmos. Ao proporcionar um ambiente seguro e estimulante, essas atividades favorecem a ressignificação de experiências de sofrimento psíquico e possibilitam a construção de novos sentidos para a existência. Como aponta Yasui (2010, p. 167),

Trata-se de construir um espaço de acolhimento ao sofrimento psíquico; de possibilitar a ‘ressignificação’ e construção de sentidos existenciais; de produção de uma subjetividade talvez menos oprimida; de circulação e de reconquista dos espaços sociais; de transformação da qualidade de vida.

Nesse contexto, as oficinas não apenas atuam no fortalecimento da autonomia dos usuários, mas também promovem a reconstrução de vínculos sociais e a ampliação do repertório

simbólico e expressivo dos participantes. Para Amarante (2007), práticas como essas são fundamentais na consolidação de um cuidado que valorize a singularidade e a participação ativa dos sujeitos, rompendo com a lógica exclusivamente biomédica e instaurando novas possibilidades de pertencimento e produção de sentido no cotidiano dos serviços.

Entretanto, apesar dos benefícios reconhecidos das abordagens multiprofissionais no tratamento em saúde mental, diversos fatores ainda produzem resistências e a subvalorização dessas práticas. Barreiras institucionais, estigmas culturais e concepções hierarquizadas entre os saberes podem resultar em uma adesão limitada não apenas por parte dos usuários e seus familiares, mas também de membros da própria equipe interdisciplinar, comprometendo a efetividade e o alcance dessas estratégias no processo terapêutico (YASUI, 2010).

Um dos principais desafios enfrentados pelos serviços de saúde mental está na falta de compreensão, por parte de usuários e familiares, sobre as possibilidades terapêuticas que vão além do uso de psicofármacos, concepção que tende a desvalorizar práticas como oficinas terapêuticas, grupos de apoio e demais estratégias psicossociais, frequentemente vistas como secundárias ou pouco eficazes. Tal visão é sustentada por uma lógica biomédica hegemônica, amplamente difundida pela cultura popular e pelos meios de comunicação, que reforçam a ideia de que a medicação representa a única via legítima e eficaz para o tratamento dos transtornos mentais.

Segundo Amarante (2007), essa redução do cuidado ao uso de medicamentos não apenas empobrece as possibilidades terapêuticas, como também enfraquece o papel ativo dos sujeitos no processo de reabilitação psicossocial. Soma-se a isso a busca por soluções rápidas, as dificuldades logísticas, a baixa motivação para o envolvimento em atividades coletivas e a carência de redes de apoio social, fatores que, em conjunto, comprometem significativamente a adesão às propostas de cuidado integral oferecidas pelos serviços.

No contexto do CAPS, essas limitações se refletiam diretamente na organização e na execução das oficinas terapêuticas. Atividades como pintura, costura e artesanato, por exemplo, eram realizadas em espaços isolados - compartimentos ao fundo da unidade, o que dificultava sua integração com as demais ações terapêuticas. Além disso, a escassez de recursos materiais como tintas, tecidos, linhas, impressora e outras matérias-primas fundamentais impactava a qualidade e a continuidade das oficinas, restringindo as possibilidades de expressão criativa e de envolvimento dos pacientes. A insuficiência de insumos não apenas limitava o desenvolvimento pleno das atividades propostas, mas também desmotivava os participantes, que, muitas vezes, viam suas possibilidades de criação frustradas pela falta de materiais

adequados. Dessa forma, apesar do potencial transformador das oficinas terapêuticas, sua efetividade era constantemente atravessada por barreiras estruturais, culturais e de gênero. O engajamento dos usuários e a valorização dessas práticas exigiam um esforço contínuo da equipe, frequentemente dificultado pela forma como o trabalho era distribuído no interior do serviço.

Um dos principais obstáculos dizia respeito à limitação dos recursos humanos envolvidos na condução das oficinas, realizadas exclusivamente pela pedagoga. A ausência de participação ativa de outros membros da equipe interdisciplinar evidenciava não apenas uma fragilidade organizacional, mas também uma divisão do trabalho atravessada por marcadores de gênero. Por que atividades ligadas ao cuidado, à criatividade e à expressão — geralmente associadas ao trabalho feminino — continuam sendo atribuídas majoritariamente a mulheres, enquanto outras práticas, como os atendimentos médicos e psicológicos, são mais valorizadas e institucionalmente legitimadas?

Essa centralização gerava uma dependência direta da pedagoga, tornando as oficinas vulneráveis a interrupções durante seus períodos de afastamento por férias, saúde ou motivos pessoais. A descontinuidade das atividades afetava diretamente a adesão dos usuários, muitos dos quais abandonavam a participação diante da instabilidade do serviço. Como aponta Hirata (2022), o cuidado, por estar historicamente associado às mulheres, tende a ser desvalorizado e invisibilizado, mesmo quando exerce um papel fundamental na sustentação das práticas institucionais. Essa realidade convida à reflexão: como promover uma divisão mais equitativa das responsabilidades de cuidado dentro das equipes de saúde mental, superando as hierarquias de gênero e garantindo a continuidade e a efetividade das ações terapêuticas?

A falta de estruturação e continuidade nas oficinas contribuiu para uma mudança significativa no perfil de comparecimento dos usuários ao CAPS. Muitos passaram a frequentar apenas as consultas médicas, reduzindo ou abandonando a participação nas demais abordagens terapêuticas, como oficinas, grupos e atividades coletivas. Essa dinâmica, centrada na medicalização, além de enfraquecer o caráter psicossocial do cuidado, também comprometeu o vínculo dos usuários com o serviço como um todo.

Com o tempo, essa redução da participação nas práticas coletivas gerou obstáculos no acompanhamento da frequência dos pacientes, dificultando a identificação de casos novos, faltosos ou daqueles que haviam interrompido silenciosamente o tratamento. A equipe passou a enfrentar desafios cada vez maiores para realizar um monitoramento eficaz e assegurar a continuidade das intervenções, sobretudo no que diz respeito à articulação entre as dimensões

subjetiva, social e territorial do cuidado. Esse cenário suscita uma nova pergunta: como manter o cuidado psicossocial como eixo estruturante das práticas em saúde mental diante de uma lógica institucional que favorece o modelo biomédico e a centralidade da consulta individual? A escassez de recursos, tanto humanos quanto materiais, evidencia a permanência dessa racionalidade hegemônica, que reforça a supremacia da psiquiatria e da medicalização como estratégias terapêuticas prioritárias, configuração que representa entrave à consolidação de práticas mais integrativas e alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, como aponta Yasui (2010, p. 121), “a proposta de ruptura com a racionalidade médica, que deveria estar presente no cotidiano dos novos serviços, encontra ainda inúmeras dificuldades em se efetivar.” O cuidado, que deveria acontecer de forma compartilhada e colaborativa em um ambiente facilitador, acolhedor e estruturado, aponta para diversos desafios.

Uma primeira questão refere-se ao fato de que a reprodução da divisão social do trabalho no campo da saúde gera uma hierarquização das relações, nas quais o saber médico prepondera sobre outros saberes, que cumprem um papel secundário. Essa mesma divisão produz uma compartimentalização de atividades e tarefas com pouca ou nenhuma relação entre si (YASUI, 2010 p. 143).

Dessa forma, ainda que de maneira muitas vezes implícita, persistem no cotidiano dos serviços aspectos do modelo biomédico que deveriam ter sido superados à luz da Reforma Psiquiátrica. Tal realidade é evidenciada nos registros de atendimento do sistema municipal de saúde, que demonstram a predominância das consultas médicas e do acompanhamento farmacológico como principais formas de intervenção:

**Figura 2:** Relatório de Faturamento

Seq	Procedimento	Qtde
<b>Unidade: CAPS I -CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL</b>		
<b>CBO: ASSISTENTE SOCIAL 251605</b>		
1	0301080232 ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	8
2	0301080259 AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	1
3	0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA	2
<b>Total CBO.:</b>		<b>11</b>
<b>CBO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM 322230</b>		
4	0301080232 ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2
<b>Total CBO.:</b>		<b>2</b>
<b>CBO: ENFERMEIRO 223505</b>		
5	0301080232 ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	8
6	0301080259 AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	3
7	0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA	3
8	0301080305 MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	1
<b>Total CBO.:</b>		<b>15</b>
<b>CBO: MÉDICO CLÍNICO 225125</b>		
9	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	143
<b>Total CBO.:</b>		<b>143</b>
<b>CBO: MÉDICO PSIQUIATRA 225133</b>		
10	0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	39
<b>Total CBO.:</b>		<b>39</b>
<b>CBO: PEDAGOGO 239415</b>		
11	0301080151 ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II SAUDE MENTAL	7
<b>Total CBO.:</b>		<b>7</b>
<b>CBO: PSICÓLOGO CLÍNICO 251510</b>		
12	0301080232 ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	12
13	0301080160 ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	1
14	0301080259 AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	4
15	0301080313 AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	5
16	0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA	136
17	0301040036 TERAPIA EM GRUPO	12
<b>Total CBO.:</b>		<b>170</b>
<b>Total Cnes.:</b>		<b>387</b>
<b>Total Geral.:</b>		<b>387</b>

Fonte: Adaptado de SUS, 2024.

O relatório de faturamento (Figura 2) do CAPSI, referente ao período de 01/06/2024 à 30/06/2024 apresenta um total de 387 procedimentos realizados e registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), o que corresponde à totalidade do faturamento do serviço no mês. Esse número expressa a produtividade da equipe multiprofissional e reflete a diversidade de ações desenvolvidas no cuidado em saúde mental. Contudo, revela importantes informações sobre o perfil das atividades registradas e indica uma predominância de práticas centradas no modelo biomédico, com menor expressividade de ações psicossociais coletivas e interdisciplinares.

No período analisado, a maior parte dos atendimentos foi realizada por profissionais médicos, que juntos somaram 182 atendimentos, sendo 143 por médico clínico geral e 39 por médico psiquiatra. Chama atenção o fato de que o médico clínico geral atua no serviço com carga horária de apenas 20 horas semanais. Em seguida, os psicólogos clínicos também desempenharam um papel central, com 170 procedimentos no total. Destacam-se as consultas especializadas (136), além do acolhimento inicial (12), ações de articulação com redes intrasetoriais e intersetoriais (4), ações de redução de danos (5), terapia em grupo (12) e psicoterapia de grupo (1).

Os enfermeiros realizaram 15 procedimentos, entre os quais se destacam o acolhimento inicial (8), articulação de redes (3), consultas especializadas (3) e uma ação de matriciamento com a atenção básica. A atuação da assistente social somou 11 procedimentos, concentrados em acolhimentos iniciais (8), consultas especializadas (2) e uma ação de articulação de rede, indicando seu papel na mediação entre usuários, famílias e políticas públicas.

Além disso, o relatório aponta 7 procedimentos realizados por pedagogos, todos relacionados a oficinas terapêuticas, o que ressalta a importância das práticas expressivas. Embora em menor número, os atendimentos em grupo (13 no total) e as oficinas terapêuticas revelam o esforço em manter espaços coletivos, ainda que sua frequência pareça reduzida. Os auxiliares de enfermagem participaram de dois acolhimentos iniciais, sugerindo uma presença mais restrita ou subnotificada nas atividades registráveis.

De maneira geral, o relatório revela um CAPS com forte ênfase no atendimento clínico individualizado, especialmente por médicos e psicólogos, o que pode refletir tanto a demanda dos usuários quanto a organização interna do serviço. Ao mesmo tempo, a presença de ações intersetoriais e práticas grupais, ainda que em menor escala, indica um compromisso com os princípios da integralidade e da interdisciplinaridade que fundamentam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

É importante considerar que o número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES foi omitido do relatório de faturamento (Imagem 01) por questões de privacidade e confidencialidade, já que é um identificador único de estabelecimento de saúde e pode ser considerado um dado sensível, pois está vinculado diretamente à localização e às operações internas da instituição.

Quanto ao processo de registro dos atendimentos, os dados de produção do CAPSI são mensalmente inseridos no sistema pelos profissionais de saúde mental e posteriormente enviados ao Ministério da Saúde. No entanto, é importante destacar que há um tensionamento

recorrente em relação aos critérios adotados para definir quais procedimentos devem ser efetivamente contabilizados como atendimentos. Nem todas as interações terapêuticas realizadas dentro do serviço são registradas no sistema, o que pode levar a uma subnotificação do trabalho realizado.

Em muitos casos, atividades como acolhimentos informais, acompanhamentos pontuais, orientações e ações de suporte que ocorrem no dia a dia do serviço não são necessariamente incluídas nos relatórios oficiais, mesmo tendo um impacto significativo no cuidado ofertado. Esse descompasso entre o que é produzido e o que é registrado reflete limitações do modelo de informação atualmente adotado, que nem sempre contempla a complexidade relacional e subjetiva do trabalho realizado nos CAPS. Tal discrepância pode impactar diretamente a forma como a produção do serviço é avaliada, influenciando na alocação de recursos e na formulação de políticas públicas voltadas à saúde mental. Além disso, a valorização de determinados procedimentos em detrimento de outros contribui para a manutenção de um modelo hegemônico de assistência, no qual os atendimentos médicos – por serem mais facilmente quantificáveis e reconhecidos nos sistemas de informação – acabam recebendo maior legitimidade institucional, em detrimento de práticas igualmente fundamentais, mas menos visíveis nos registros oficiais.

Esse tensionamento revela um aspecto importante, muitas vezes negligenciado: a existência de um cuidado invisibilizado. Boa parte do trabalho realizado no cotidiano das instituições de saúde mental não é captada pelos sistemas formais de registro e mensuração, ficando à margem dos relatórios e dos indicadores oficiais. Esse cuidado invisível é composto por pequenos gestos, escutas informais, acolhimentos espontâneos, orientações dadas em corredores, conversas rápidas que aliviam angústias, mediações silenciosas e presenças disponíveis — ações que não se enquadram nas categorias burocráticas dos sistemas de informação, mas que são centrais para a construção das relações de confiança e adesão ao tratamento (HIRATA, 2022).

Como aponta Veena Das (2015), o cuidado se manifesta em micropráticas cotidianas que, embora pareçam insignificantes aos olhos das políticas públicas e da gestão administrativa, são fundamentais para a sustentação das relações de cuidado e proteção social. São gestos sutis e interações diárias que criam vínculos, geram acolhimento e contribuem para a construção de um ambiente terapêutico verdadeiramente humanizado. Nesse mesmo sentido, Annemarie Mol (2008) discute o conceito de "cuidado prático", destacando que ele não é um processo fixo, padronizado ou facilmente mensurável, mas sim situacional, relacional e continuamente

ajustado às necessidades do outro. Diferente de um modelo de assistência baseado em protocolos rígidos, o cuidado se adapta às singularidades de cada indivíduo e às dinâmicas específicas de cada encontro, exigindo sensibilidade e disponibilidade por parte dos profissionais, na maioria mulheres.

No contexto institucional, esse cuidado invisível se manifesta nas brechas do cotidiano, ocorrendo no imprevisto, na flexibilidade e na capacidade de leitura atenta das necessidades dos usuários. Muitas vezes, ele se dá para além da prescrição técnica ou das diretrizes formais, emergindo na escuta empática, no ajuste da rotina para acolher uma demanda inesperada, no apoio discreto a um paciente em crise ou no simples reconhecimento da subjetividade do outro. Essas práticas, apesar de não serem sempre registradas ou contabilizadas nos sistemas administrativos, são essenciais para a efetividade do cuidado em saúde mental, pois constroem laços de confiança e pertencimento que favorecem a adesão ao tratamento e a ressignificação das experiências de sofrimento.

Por outro lado, quanto aos atendimentos oficialmente contabilizados, desde 2023, o atendimento médico no CAPS passou a ser conduzido majoritariamente por um clínico generalista. Esse profissional desempenha um papel central no acompanhamento da saúde geral dos pacientes, realizando consultas, prescrições e encaminhamentos quando necessário. Além desse médico, o serviço conta com um médico residente em Psiquiatria, cuja presença na unidade é mais limitada, ocorrendo apenas uma ou duas vezes por mês. Sua atuação concentra-se, sobretudo, nos casos considerados de maior complexidade, que exigem uma avaliação mais detalhada e reavaliações periódicas da prescrição medicamentosa. Dessa forma, o acesso às consultas psiquiátricas segue um critério de priorização, sendo direcionado principalmente a pacientes com demandas mais urgentes ou que necessitam de ajustes terapêuticos específicos.

Diante dessa dinâmica, o agendamento de consultas médicas e outras intervenções clínicas é condicionado à disponibilidade do psiquiatra e ocorre após uma análise criteriosa da equipe interdisciplinar. Esse processo é orientado pela elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS), instrumento que organiza o percurso de cuidado de cada paciente, definindo quais atividades ele participará, a frequência dos atendimentos e as estratégias terapêuticas mais adequadas para suas necessidades. Dessa maneira, a inserção do paciente nas diferentes modalidades de tratamento não é aleatória, mas sim resultado de um planejamento coletivo que visa articular o acompanhamento médico com outras abordagens, como a psicoterapia, os atendimentos em grupo e as oficinas terapêuticas, buscando oferecer um cuidado mais integral e personalizado. A concepção do PTS como uma ferramenta central na construção de um

cuidado integral é defendida por Campos (2000), que destaca seu caráter horizontal, interdisciplinar e centrado nas necessidades do sujeito, rompendo com lógicas fragmentadas e prescritivas de atenção em saúde.

Entretanto, no cotidiano do trabalho, a dinâmica da equipe interdisciplinar frequentemente reforça, ainda que de maneira não intencional, a centralidade da prática médica no processo de cuidado, pois o tratamento é amplamente estruturado em torno da terapia medicamentosa, conferindo ao médico um papel de autoridade e poder decisório que, muitas vezes, se sobrepõe às demais abordagens terapêuticas. Dessa forma, mesmo sem uma determinação explícita, a equipe acaba instituindo o médico como o principal agente do cuidado, o que fortalece e legitima o modelo biomédico de tratamento.

Esse cenário contribui para a fragmentação do trabalho do cuidado, pois privilegia intervenções farmacológicas em detrimento de estratégias que poderiam ser construídas de maneira mais integrada entre os diferentes profissionais. Como consequência, outras abordagens terapêuticas – como o acompanhamento psicossocial, as oficinas terapêuticas, o trabalho com as famílias e as atividades grupais – tornam-se secundárias ou mesmo subutilizadas dentro do serviço, o que gera desafios tanto na efetividade das práticas terapêuticas quanto no fortalecimento de um modelo de cuidado mais amplo, baseado na corresponsabilidade e no compartilhamento de saberes. Esse cenário suscita uma questão importante: por que, mesmo em contextos que se propõem a práticas interdisciplinares e centradas no sujeito, os profissionais ainda reproduzem essa lógica de centralidade médica?

A permanência da centralidade médica pode ser compreendida à luz das relações de poder que atravessam o campo da saúde, relações essas que são complexas e historicamente marcadas por hierarquias entre os diferentes saberes e práticas profissionais (FOUCAULT, 1977). Essas hierarquias se refletem cotidianamente nas práticas institucionais e na forma como cada profissional é percebido e se posiciona dentro da equipe do CAPS. Um exemplo claro desse predomínio é o processo de internação psiquiátrica. Embora seja uma conduta médica, muitos internamentos poderiam ser evitados caso houvesse uma consulta prévia e mais aprofundada com os membros da equipe interdisciplinar. No entanto, as decisões de internação, em diversas ocasiões, são tomadas de maneira unilateral e desalinhada com o plano terapêutico, sem considerar outras alternativas que poderiam ser adotadas para o manejo da crise. Estratégias como o reforço no acompanhamento psicossocial, a intensificação das oficinas terapêuticas e a ampliação dos atendimentos em grupo poderiam, em alguns casos, oferecer suporte suficiente

para evitar a hospitalização, garantindo um cuidado mais próximo e contínuo dentro do próprio serviço.

Além disso, a internação pode acarretar consequências adversas para o paciente, como o agravamento do sofrimento psíquico e o enfraquecimento do vínculo terapêutico com a equipe do CAPSI. Muitos pacientes, ao passarem por uma hospitalização psiquiátrica, desenvolvem uma associação negativa com o serviço, percebendo-o como um espaço de encaminhamento para internação, em vez de um local de acolhimento e cuidado. Como resultado, é comum que alguns não retornem ao CAPSI após a alta hospitalar, interrompendo o acompanhamento e comprometendo a continuidade do tratamento. Essa realidade impacta não apenas a trajetória individual de cada usuário, mas também a coesão e a efetividade do trabalho da equipe, que se vê diante do desafio constante de reconstruir vínculos e resgatar a confiança dos pacientes no serviço. Em diversas situações, a equipe interdisciplinar e a coordenação imediata chegaram a discutir com o profissional médico sobre a conduta adotada, buscando alternativas para evitar internações desnecessárias.

O atendimento psicológico individual continua sendo tratado como uma atividade secundária em relação à terapia medicamentosa. Atualmente, o CAPSI conta com dois psicólogos, ambos com jornada de 30 horas semanais, cujas atribuições incluem atendimentos individuais e em grupo, acolhimento de novos pacientes, participação em reuniões de equipe e discussões de caso. Além dessas atividades, eventualmente realizam visitas domiciliares em conjunto com outros profissionais da equipe técnica, além de responderem a encaminhamentos do Poder Judiciário e de outros pontos da rede de atenção psicossocial.

Além do atendimento clínico, os psicólogos também são responsáveis por ações estratégicas para a continuidade do cuidado, como a busca ativa de pacientes faltosos, contato telefônico para monitoramento de usuários, registro e atualização de prontuários eletrônicos e outras atividades administrativas. No entanto, essas múltiplas demandas impõem desafios significativos à organização da rotina de trabalho. Muitas das tarefas não seguem uma previsão rígida de horários ou agenda fixa, sendo frequentemente realizadas nos intervalos entre um atendimento e outro, o que exige dos profissionais flexibilidade, dinamismo e capacidade de adaptação diante das diferentes necessidades dos pacientes e da equipe.

Os grupos terapêuticos, por sua vez, são conduzidos exclusivamente pelos profissionais de Psicologia, o que traduz mais uma vez as dificuldades do serviço em promover formas de compartilhamento do cuidado entre seus profissionais. O Conselho Federal de Psicologia (2022, p.97) afirma que:

A efetiva interdisciplinaridade possibilita um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais na direção da integralidade. Por outro lado, exige uma composição organizacional capaz de manejar os problemas que brotam dessa pluralidade e que aparecem como dificuldades na comunicação, ou seja, suscita a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de diálogo entre os profissionais e de espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos sob o risco de que, se isso não ocorrer, manter-se-á a fragmentação do cuidado.

Nos dias que se seguem, enquanto escrevo essa dissertação, muitas mudanças vão ocorrendo na estrutura e na dinâmica do CAPS, refletindo a instabilidade que marca o cotidiano de muitos serviços públicos em saúde mental. Uma dessas mudanças diz respeito à alta rotatividade de profissionais, fator que interfere diretamente na continuidade do cuidado prestado aos pacientes.

Durante esse período, fui convidada a atuar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), oferta que acabei aceitando. Para suprir minha saída, um novo profissional de Psicologia foi convocado para integrar a equipe. No entanto, após apenas dois meses de trabalho, esse profissional também optou por se desligar da instituição, aceitando outra oportunidade de trabalho. Como resultado, a vaga de psicólogo permaneceu aberta, deixando um número expressivo de pacientes sem atendimento regular e comprometendo o vínculo terapêutico construído ao longo do tempo.

Diante dessa lacuna, os casos considerados mais graves foram redistribuídos entre os psicólogos remanescentes do CAPS, que já se encontravam sobrecarregados com suas próprias agendas e demandas institucionais. Essa redistribuição emergencial, embora necessária, evidenciou os limites da equipe diante da sobrecarga crônica de trabalho.

Atualmente, uma artesã e um estagiário de Psicologia passaram a integrar a equipe do CAPS, contribuindo para os processos de trabalho e ampliando, ainda que de forma pontual, as possibilidades de atendimento e suporte aos pacientes. A presença da artesã permite o fortalecimento das oficinas terapêuticas, enquanto o estagiário colabora com atividades complementares e de apoio à equipe de psicólogos, auxiliando nas demandas diárias do serviço.

Entretanto, considerando a constante movimentação de profissionais dentro da instituição, é provável que até o término desta pesquisa novas alterações na composição da equipe venham a ocorrer. Essas mudanças impactam diretamente na continuidade do cuidado, na estabilidade das relações interpessoais e na dinâmica interdisciplinar, dificultando a consolidação de um trabalho colaborativo e integrado.

A rotatividade influencia os processos comunicacionais internos, podendo gerar lacunas na transmissão de informações, rupturas nos vínculos terapêuticos e desafios na coordenação das atividades. Para os pacientes, a troca frequente de profissionais pode resultar em desconfiança, insegurança e menor adesão ao tratamento, uma vez que o estabelecimento de uma relação terapêutica demanda tempo, constância e um ambiente de acolhimento e previsibilidade. Como destaca Emerson Merhy (2002), a qualidade do cuidado em saúde está profundamente vinculada à estabilidade das relações entre trabalhadores e usuários, sendo prejudicada em contextos marcados pela precarização dos vínculos e pela fragmentação das equipes.

Com as transições ocorrendo de forma abrupta e muitas vezes inesperada, a equipe passou a enfrentar desafios significativos na organização e no fluxo dos atendimentos, sobretudo no que se refere ao manejo das altas e encaminhamentos. Um dos impasses recorrentes era a falta de articulação entre os diferentes profissionais no momento de definir a finalização do acompanhamento de um paciente. Era comum que um usuário recebesse alta médica ou fosse encaminhado para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mas continuasse frequentando outras modalidades de atendimento dentro do CAPS, como grupos terapêuticos, psicoterapia ou oficinas.

Compreendo que esses desafios, assim como diversas outras dificuldades operacionais, estruturais e relacionadas à eficiência do serviço, são características recorrentes no âmbito do serviço público. A superação dessas barreiras exige uma abordagem integrada que envolva não apenas os profissionais da linha de frente, mas também a gestão municipal e as instâncias responsáveis pela formulação e implementação das políticas de saúde mental.

No entanto, é preciso reconhecer que a própria gestão da saúde mental está profundamente atravessada por relações de poder, as quais se expressam, por exemplo, na instabilidade provocada pelos ciclos políticos. A chefia da Divisão de Saúde Mental, por exemplo, sofre impactos diretos em períodos de mudanças administrativas, tornando-se particularmente vulnerável durante a transição de governo municipal. Com a alternância no comando do poder executivo, ocorrem modificações nas diretrizes estratégicas, reestruturação das equipes gestoras e redefinição de prioridades dentro do CAPS.

Esses movimentos, muitas vezes guiados por interesses políticos e não necessariamente pelas necessidades da população atendida, afetam a continuidade dos projetos e a implementação de estratégias de cuidado de longo prazo. Como consequência, há um risco constante de descontinuidade de programas essenciais, desarticulação das equipes e ajustes na

dinâmica institucional que podem comprometer a qualidade do atendimento e a estabilidade das relações terapêuticas. Como afirma Pierre Bourdieu (1996), os campos institucionais são espaços de disputas simbólicas e materiais, nos quais diferentes agentes lutam por posições de poder e pela definição legítima das práticas e discursos. Assim, a política pública de saúde mental, em vez de se estruturar a partir de um compromisso duradouro com os princípios do SUS, torna-se suscetível às dinâmicas do poder local, comprometendo a continuidade das ações e o fortalecimento de projetos coletivos.

Ao longo dos cinco anos em que atuei no serviço, vivenciei ao menos três trocas na coordenação da Divisão de Saúde Mental, além de inúmeras mudanças no quadro de servidores públicos. Atualmente, a coordenação do CAPSI está sob a responsabilidade de uma profissional graduada em Serviço Social, que acumula, além dessa função, a gestão do Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CASPSi) e do Centro de Referência no Tratamento do Espectro Autista (CERTEA). Essa sobrecarga de responsabilidades dificulta sua presença efetiva no cotidiano do CAPS, tornando sua participação em reuniões, supervisões e no monitoramento da equipe menos frequente.

A ausência de uma coordenação mais próxima do serviço compromete a articulação entre os profissionais, dificulta a resolução de demandas institucionais e reduz a efetividade do planejamento estratégico voltado para a qualificação do atendimento, podendo gerar falhas na comunicação interna e na gestão de conflitos (MERHY, 2002). Com isso, a ausência de uma direção estratégica clara gera um cenário de tomada de decisões fragmentada e muitas vezes inconsistentes, ficando a cargo dos próprios membros da equipe a definição de condutas e a organização das atividades. Essa falta de coordenação eficaz impacta diretamente a estruturação dos processos de trabalho, resultando em desorganização no fluxo de atendimento, dificuldades na condução e formalização das altas, bem como na criação e implementação de fluxogramas e protocolos institucionais.

Além disso, essa lacuna gerencial intensifica conflitos internos, uma vez que a distribuição das responsabilidades ocorre de maneira desigual e assimétrica, sobrecarregando alguns profissionais enquanto outros permanecem com menor volume de atribuições. Como consequência, o ambiente de trabalho no CAPSI passou a ser descrito por muitos dos profissionais que ali atuam como “desmotivador” e “estressante”, reflexo direto da precarização das condições laborais e da falta de reconhecimento e valorização das diferentes funções dentro da equipe. Esse cenário, além de impactar o bem-estar dos trabalhadores, repercute

negativamente na qualidade da assistência prestada aos usuários, afetando o funcionamento da política de saúde mental e a continuidade dos processos terapêuticos.

### 3.2 TRAJETÓRIAS NO CAPSI DE CIANORTE-PR

Pelo que foi apresentado até aqui, já é possível afirmar que o funcionamento do serviço público não se limita à obediência a um conjunto de normas legais e diretrizes institucionais. Ao contrário, ele se materializa cotidianamente por meio da atuação concreta dos agentes públicos, cujas decisões, posturas e formas de se relacionar com os usuários exercem influência direta na efetivação das políticas públicas. No campo da saúde mental, essa atuação torna-se ainda mais sensível, uma vez que impacta diretamente na adesão dos sujeitos ao tratamento, nas formas de cuidado oferecidas e na qualidade das relações terapêuticas estabelecidas.

Nesse sentido, enquanto servidora pública e representante do Estado na execução da política de saúde mental, fui constantemente atravessada por uma multiplicidade de encontros e experiências. Cada pessoa atendida, cada história compartilhada, cada trajetória de sofrimento e resistência contribuiu para moldar minha prática profissional. As interações vividas no cotidiano do serviço foram compondo, de maneira cumulativa e entrelaçada, as competências, os saberes e as sensibilidades que hoje carrego. Trata-se de um processo formativo contínuo e dinâmico, marcado por uma fusão de influências – éticas, afetivas, institucionais e subjetivas – que me constituem como profissional e que, por sua vez, também influenciam a forma como as políticas públicas se concretizam na vida dos usuários.

Antes da minha inserção no CAPS, minha trajetória profissional teve início na Secretaria Municipal de Assistência Social de Cianorte-PR em 2017, quando passei a compor a equipe técnica do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Nesse espaço, atuei diretamente na execução das medidas socioeducativas em meio aberto, destinadas a adolescentes em conflito com a lei, conforme determinado pelo sistema de justiça. Essa experiência representou meu primeiro contato mais sistemático com a política pública no campo da proteção social especial e com a lógica institucional que rege a atuação estatal junto a populações em situação de vulnerabilidade.

Foi nesse período inicial que comecei a vivenciar, ainda que de maneira incipiente, o funcionamento da rede intersetorial de atenção e a complexidade dos fluxos entre os diferentes serviços que a compõem. Ao participar de eventos, capacitações e reuniões interinstitucionais, pude perceber que, apesar da proposta de articulação entre os setores da saúde, assistência social, educação, sistema de justiça, entre outros, havia uma série de tensionamentos que atravessavam essas relações. Tais tensões se expressavam, por exemplo, em divergências sobre

o entendimento e a aplicação das políticas públicas, nos limites institucionais de cada setor e na dificuldade de construção de uma linguagem comum entre os profissionais.

Além disso, observava a presença de rivalidades internas e disputas por espaços de poder dentro da própria administração pública, frequentemente marcadas por processos de nomeação e ocupação de cargos que nem sempre respeitavam critérios técnicos ou meritocráticos, sendo muitas vezes atravessados por interesses políticos e jogos de influência. Essas dinâmicas contribuíam para o enfraquecimento do trabalho coletivo e para a fragmentação do cuidado, dificultando a consolidação de uma rede verdadeiramente integrada.

Ao articular essa experiência com minha vivência posterior no CAPS, compreendo que esses atravessamentos institucionais – disputas, tensões, ambiguidades e negociações – também constituem o cotidiano do serviço público e impactam diretamente a forma como as políticas são implementadas. A atuação dos agentes públicos, nesse cenário, ultrapassa a simples aplicação de normativas: ela é constantemente atravessada por relações de poder, subjetividades e interpretações diversas das diretrizes institucionais. Como servidora pública, percebo que minha trajetória profissional foi sendo moldada por essas experiências, compondo um saber que é tanto técnico quanto relacional, construído na vivência concreta dos desafios e possibilidades do trabalho intersetorial.

Apresento aqui o início da minha trajetória profissional e busco situar o leitor em relação a esse percurso porque acredito que as práticas que desenvolvi ao longo dos anos estão profundamente enraizadas nesse contexto inicial. Minhas experiências prévias não apenas influenciaram diretamente minha atuação posterior na saúde mental, mas também moldaram a forma como compreendo o cuidado, a rede de atenção e as políticas públicas em sua concretude. A vivência no CREAS, com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, revelou desde cedo a complexidade dos territórios que habitamos enquanto profissionais do setor público e evidenciou a sobreposição de demandas sociais, de saúde, de proteção e de direitos que atravessam a vida dos usuários.

Mais do que uma etapa cronológica da minha formação, esse período foi também um momento de aprendizado sobre a transversalidade das políticas públicas e sobre como a população em situação de vulnerabilidade circula por diferentes pontos da rede de atenção, muitas vezes sem conseguir encontrar nela uma resposta integrada e contínua. Percebi, já naquela época, que muitos dos usuários e frequentadores do CREAS acessavam simultaneamente outros equipamentos públicos, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Centro de Atenção Psicossocial

infantojuvenil (CAPSi) e/ou o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPSI, para adultos). Essa circulação constante refletia a complexidade das demandas apresentadas por essas famílias, bem como a fragmentação dos serviços e das intervenções ofertadas.

Com a minha transição para o CAPS, esse entrecruzamento de trajetórias tornou-se ainda mais evidente. Não era raro me deparar com histórias e rostos já familiares: pessoas que, em outro momento, foram acompanhadas no CREAS, agora eram atendidas no CAPS. Esses reencontros reforçaram em mim a percepção de que, embora o Estado esteja organizado por setores e serviços distintos, a vida das pessoas atravessa esses compartimentos de maneira fluida e contínua. Essa constatação aprofundou minha compreensão sobre a importância do trabalho em rede e da articulação intersetorial não como um ideal abstrato, mas como uma necessidade concreta para garantir a integralidade do cuidado.

Nesse relato, é também fundamental situar o lugar a partir do qual falo: sou uma mulher branca, oriunda de uma família de classe baixa, e hoje talvez ocupando uma posição profissional considerada de maior prestígio ou poder no interior da política pública de saúde mental. Essa trajetória, marcada por deslocamentos sociais e tensionamentos identitários, me permite acessar determinados espaços de decisão e influência, mas sem perder de vista os atravessamentos de classe, gênero e território que me constituem. Essa posição ambígua, entre o pertencimento a contextos populares e o acesso atual a espaços de maior legitimidade institucional, tem me exigido constante reflexão crítica sobre os privilégios que passo a ocupar e sobre a responsabilidade ética e política que isso implica.

Portanto, a escolha de iniciar este relato por minha experiência na assistência social não se dá por acaso. Ela é fundamental para compreender a construção de minha prática profissional como servidora pública, marcada desde o início por um olhar atento às intersecções entre as políticas, aos desafios da articulação institucional e à potência dos vínculos que se constroem no cotidiano dos serviços. Esses elementos acompanharam minha atuação no CAPS, influenciando diretamente minhas decisões, meu modo de escuta e de cuidado, e, sobretudo, minha compreensão de que as políticas públicas se realizam não apenas por meio de diretrizes normativas, mas nas relações que se estabelecem entre profissionais, usuários e instituições.

A partir deste ponto, gostaria de compartilhar algumas trajetórias marcantes que encontrei ao longo da minha atuação no CAPS, pois acredito que são elas que melhor ilustram a complexidade do cuidado em saúde mental e a maneira como as políticas públicas se concretizam no cotidiano. Esses encontros, para além de dados clínicos ou estatísticas

institucionais, carregam histórias de vida atravessadas por perdas, desigualdades, afetos e resistências.

Um desses casos teve início quando fui designada para dar continuidade ao atendimento de uma paciente que até então vinha sendo acompanhada por outro psicólogo da equipe. Devido ao período de férias desse profissional e à necessidade de manter a regularidade do acompanhamento, assumi a condução do caso. Desde o primeiro contato, ficou evidente que se tratava de uma situação delicada, que demandava um olhar ampliado e mobilizava diversas instâncias da rede de proteção do município, além de envolver outros representantes do Estado.

Rosa, uma mulher jovem, mãe de três filhos e com ensino superior completo, havia se tornado viúva durante a gestação do terceiro filho. O falecimento repentino do companheiro foi um evento profundamente traumático, agravado pelo fato de ter sido presenciado por um dos filhos do casal, uma criança em idade escolar. Após essa perda, a família se viu diante de um luto abrupto e desestruturador, especialmente porque se tratava da figura masculina que, até então, exercia o papel de provedor financeiro e de referência paterna.

Diante da dificuldade, a paciente optou por se mudar para a casa dos pais, buscando apoio logístico e emocional para dividir os cuidados com os filhos e enfrentar as crescentes demandas financeiras. No entanto, essa transição, embora inicialmente vista como uma solução estratégica, trouxe consigo desafios significativos. A convivência em um ambiente multigeracional desencadeou tensões relacionais, uma vez que os diferentes modos de criação, expectativas e hierarquias familiares entraram em conflito. Além disso, Rosa teve que lidar com a sobreposição de papéis, já que a presença dos pais, embora bem-intencionada, muitas vezes minava sua autonomia como mãe e gestora do lar.

Além disso, a família buscou maneiras de atenuar o sofrimento das crianças, adotando estratégias compensatórias na tentativa de amenizar o vazio emocional deixado pela perda do pai. Essas medidas, ainda que bem-intencionadas, manifestaram-se principalmente por meio de uma abordagem mais permissiva, na qual os limites e regras antes estabelecidos foram flexibilizados, e os desejos das crianças passaram a ser atendidos com maior frequência, seja por meio de presentes, concessões ou menor imposição de disciplina.

A filha mais velha, em particular, tornou-se o principal foco dessas compensações, possivelmente por ser a que mais explicitamente demonstrava os efeitos do luto ou por ocupar, na dinâmica familiar, um papel de maior sensibilidade em relação à ausência paterna. Essa adaptação, no entanto, embora inicialmente parecesse aliviar a dor imediata, trouxe consigo consequências não previstas. A adolescente começou a manifestar crises intensas,

caracterizadas por explosões de raiva, agressividade verbal e física, destruição de objetos e reações desproporcionais a situações cotidianas. Esses episódios, cada vez mais frequentes e violentos, ultrapassaram os limites do ambiente familiar, atingindo também a escola e demandando intervenções externas. Chamadas policiais, atendimentos pelo SAMU e internações psiquiátricas tornaram-se recorrentes, evidenciando a gravidade do quadro. O acompanhamento pelo CAPS passou a ser parte da rotina da família, na esperança de estabilizar a adolescente e reinseri-la em uma dinâmica social e familiar mais saudável.

Esse processo nos convida a pensar: por que a perda do pai mobilizou a adoção de estratégias centradas no consumo e na flexibilização da autoridade? Que lugar ocupa o pai na estrutura simbólica da família, e como sua ausência reconfigura os papéis e funções familiares, especialmente quando há uma mãe viúva e sobrecarregada?

A responsabilização feminina pelo equilíbrio emocional dos filhos não é nova. Ao contrário, ela revela uma lógica histórica profundamente enraizada nas relações de gênero, em que o cuidado é atribuído quase exclusivamente às mulheres, e sua “eficiência” ou “incompetência” nesse papel é constantemente avaliada por instituições, profissionais e até pelo senso comum.

O sofrimento psíquico de Rosa não podia ser compreendido isoladamente, desvinculado de seu contexto social e das violências simbólicas e materiais que atravessavam sua trajetória. No acolhimento realizado pelo CAPS, ela relatou sintomas clássicos associados à depressão: tristeza persistente; perda de interesse em atividades que costumavam ser agradáveis como sair com os amigos; mudanças no apetite, oscilando entre compulsão alimentar e falta de apetite; distúrbios do sono; sentimento de culpa; isolamento social e pensamentos suicidas. O isolamento social e o afastamento temporário do trabalho — necessário porque os avós, idosos, não conseguiam mais conter as crises da neta — aprofundaram as vulnerabilidades da família, que agora enfrentava não apenas uma crise emocional, mas também financeira.

Com isso, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) passou a acompanhar a família, oferecendo suporte para prevenir o agravamento da vulnerabilidade social. A avó materna, também apresentando sintomas depressivos, foi incluída no plano terapêutico do CAPS, enquanto os irmãos e o avô recebiam atendimento psicológico na UBS. A adolescente, cujo comportamento disruptivo e agressivo evoluía para situações de risco, foi encaminhada para acolhimento institucional, conforme previsto no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Observou-se que o ambiente familiar também era marcado por comportamentos agressivos, o que agravava os conflitos e contribuía para as violações de direitos. Paralelamente, o Centro

de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) assumiu o acompanhamento familiar, focando em intervenções especializadas diante das violações de direitos e conflitos já instalados.

O envolvimento de Rosa com o serviço de saúde mental (CAPS) foi inicialmente irregular, marcado por faltas e comparecimentos apenas em situações de demanda judicial. No entanto, à medida que o vínculo terapêutico se fortalecia, ela começou a resgatar seu papel de mãe e referência familiar, antes fragilizado. Esse processo permitiu que retomasse suas atividades profissionais, recuperando parte de sua autonomia e empoderamento. As crises da filha, contudo, persistiram — e até se intensificaram em certos momentos, refletindo a dinâmica familiar ainda instável. Com a maioridade, a adolescente migrou para o CAPS adulto, encerrando-se o ciclo de acolhimento institucional.

No entanto, a experiência vivida por Rosa ainda me leva a questionamentos profundos: se ela fosse um homem viúvo, teria enfrentado o mesmo nível de cobrança quanto ao cuidado com os filhos e à reorganização da vida familiar? A sociedade estaria mais disposta a acolher sua fragilidade, enxergando-a com mais empatia e menos julgamento? Essas dinâmicas nos convidam ainda a pensar sobre como o cuidado e o sofrimento psíquico são vividos e expressos de maneira diferente entre homens e mulheres e como a sociedade distribui desigualmente o direito ao cuidado e ao sofrimento.

Por outro lado, conforme aponta Connell (1995), em sua teoria sobre masculinidades, os modelos hegemônicos de masculinidade não apenas regulam os comportamentos considerados aceitáveis para os homens, mas também moldam negativamente sua saúde mental, ao reforçarem a negação do cuidado, da fragilidade e da interdependência. Estudos como o de Seidler et al. (2016), publicado no *Journal of Mental Health*, apontam que os homens não apenas procuram menos os serviços de saúde mental, mas frequentemente o fazem apenas em situações extremas, muitas vezes quando os sintomas já se tornaram graves. Esse comportamento está relacionado a normas sociais que desencorajam a vulnerabilidade masculina, dificultando a construção de vínculos terapêuticos e o reconhecimento do sofrimento psíquico. Os estereótipos associados à masculinidade tradicional como força, autossuficiência, racionalidade e controle emocional, contribuem para a manutenção de uma cultura na qual expressar sofrimento ou pedir ajuda é percebido como sinal de fraqueza ou fracasso pessoal.

Lembro, com nitidez, do Sr. Otávio, paciente encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após uma tentativa de suicídio — não era a primeira. E foi justamente após

esse episódio, em um momento de grande vulnerabilidade, que ele chegou ao CAPS. Durante a avaliação inicial, relatou que estava desempregado e, sem alternativas, havia recorrido a uma fonte informal de crédito, buscando apoio com um agiota. Essa decisão o colocou em uma situação de extremo risco, envolvendo juros abusivos e ameaças constantes, já que a falta de renda inviabilizava o pagamento das dívidas. Sentindo-se acuado, sobrecarregado e emocionalmente esgotado, o paciente ingeriu uma grande quantidade de medicamentos na tentativa de “encerrar” o problema. Passou dias internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com quadro clínico grave, mas felizmente com prognóstico favorável.

Após a alta, foi encaminhado ao CAPS para iniciar o acompanhamento em saúde mental. No acolhimento, observei um quadro importante de sofrimento psíquico marcado por sintomas depressivos e ansiosos, alucinações auditivas, isolamento social e ideação suicida ainda persistente. Discutimos o caso em equipe e definimos um plano de cuidado que incluía atendimento psicológico individual, acompanhamento médico e orientação à família. Dada a urgência, entrei em contato com o paciente já no dia seguinte, informando os horários e reforçando a importância de iniciar o tratamento.

Sr. Otávio um homem de meia-idade, retraído, casado e pai de dois filhos. Desde o primeiro encontro, chamou minha atenção a forma como se referia ao atendimento: “a doutora tem idade para ser minha filha”, disse em tom de desconfiança, mas também com certo constrangimento, como se o cuidado emocional não fosse algo “naturalmente” destinado aos homens de sua geração.

Nos primeiros encontros, o diálogo era breve, muitas vezes fragmentado. Ainda assim, com o tempo, percebi o surgimento de pequenos gestos de confiança: ele começou a compartilhar preocupações com os filhos, com a esposa, o vício em álcool, e expressava, embora timidamente, a vontade de retomar suas atividades profissionais. Em uma das sessões, relatou que havia começado a fazer pequenos trabalhos como pintor — os chamados “bicos” — o que lhe possibilitou negociar com o agiota e buscar uma saída para a dívida. Esse movimento representou mais do que uma melhora em sua condição financeira. A possibilidade de voltar a trabalhar teve um efeito direto sobre sua saúde mental: sua autoestima, antes profundamente abalada, começou a se reconstituir. Era visível que a retomada de uma atividade produtiva resgatava, em parte, seu sentimento de dignidade e pertencimento social.

Nesse cenário, é fundamental interrogar: como as construções sociais de gênero — e, em particular, as expectativas atribuídas à masculinidade — agravam o sofrimento de muitos homens? Que lugar ocupa o trabalho na constituição da identidade masculina? O que significa,

para um homem, não poder “cumprir” com o papel de provedor, social e culturalmente valorizado? E quais as consequências subjetivas de não conseguir sustentar essa imagem?

Ao aceitar o tratamento em saúde mental, o Sr. Otávio rompeu com uma série de paradigmas profundamente enraizados na construção social da masculinidade. Em uma cultura que ainda associa o ser homem à ideia de força, autonomia e invulnerabilidade, reconhecer o sofrimento, buscar ajuda e se permitir ser cuidado são atitudes que desafiam as expectativas tradicionais sobre o que é “ser homem”.

A história do Sr. Otávio não é isolada. Ao longo do trabalho no CAPS, especialmente com usuários em situação de vulnerabilidade social, observei como as condições econômicas adversas atravessam, limitam e muitas vezes inviabilizam o cuidado em saúde mental. Sr. Otávio, por exemplo, chegou ao serviço após uma tentativa de suicídio motivada, entre outros fatores, pela pressão financeira extrema. Estava desempregado, endividado com um agiota, ameaçado e sem alternativas imediatas. O caminho até uma estabilidade mínima foi longo, e as barreiras não eram apenas emocionais ou subjetivas: eram materiais.

Em diversas situações, me deparei com pacientes que, ao chegarem para atendimento, encontravam-se impossibilitados de iniciar ou continuar o tratamento medicamentoso. Muitos dos psicotrópicos prescritos não estavam disponíveis na rede pública de saúde (SUS) e a falta de recursos financeiros impedia o acesso ao sistema privado. Assim como Sr. Otávio, outros pacientes enfrentavam o dilema de escolher entre comprar um remédio ou pagar uma conta básica. O próprio médico do CAPS, diante desse cenário, via-se com sua prática clínica limitada: prescrever uma medicação eficaz, mas inacessível, era como oferecer uma porta que o paciente não conseguiria abrir. Certa vez, ouvi de um paciente: “Se for para passar remédio que não tem no SUS, nem adianta ir ao CAPS. Eu não tenho como comprar.”

Lembro de um caso emblemático: Roberto, um paciente de meia-idade, com diagnóstico de transtorno bipolar, enfrentou uma crise financeira severa após perder o emprego e acumular dívidas. Sem a possibilidade de adquirir os medicamentos necessários, interrompeu o tratamento farmacológico, o que levou ao agravamento dos sintomas psiquiátricos, incluindo episódios de mania e depressão, resultando em uma crise significativa e na necessidade de internamento psiquiátrico. Após alta, já com o quadro estabilizado, o médico conseguiu ajustar a medicação para um princípio ativo que constava na lista de dispensação gratuita do SUS. Ainda assim, o processo até essa adequação levou meses, tempo no qual o paciente enfrentou não apenas a intensificação dos sintomas psiquiátricos, mas uma deterioração em múltiplas áreas da vida: dificuldades nas relações sociais, risco de automedicação inadequada, insônia,

alterações no apetite, dores somáticas e uma funcionalidade já fragilizada que se viu ainda mais comprometida.

Essa experiência me levou a refletir com mais profundidade sobre como seria o desfecho desse caso se o paciente tivesse acesso à medicação pelo sistema privado. Talvez tivéssemos evitado a internação psiquiátrica e, quem sabe, até prevenido os episódios de crise. Será que o mesmo ocorre com pacientes que têm acesso a esses recursos? Talvez por isso a demanda por atestados e laudos médicos fosse cada vez mais frequente nas dependências do CAPS. Muitos pacientes chegavam para o acolhimento com narrativas já formuladas, dirigidas especificamente à obtenção de um documento que pudesse garantir acesso a algum direito, benefício ou afastamento do trabalho. É compreensível: diante da precariedade, o laudo psiquiátrico muitas vezes se transforma em uma ferramenta de proteção social. Reconheço a importância desse instrumento, que formaliza a condição de sofrimento e abre caminhos para garantir direitos. No entanto, é preciso cautela: em contextos onde o sofrimento é crônico e difuso, e os recursos são escassos, há também o risco de que o processo de avaliação seja fragilizado — seja por pressão social, por falhas institucionais ou por tentativas, conscientes ou não, de intensificar sintomas com vistas à obtenção de benefícios.

Ao longo da minha trajetória no CAPS, um dos casos que mais me chamou a atenção foi o de Joana, mulher de origem negra, com aproximadamente 45 anos de idade, que retornava à instituição pela segunda vez em busca de tratamento. Por já ter passado pelo serviço anteriormente, ela era conhecida pela equipe, o que facilitou, em parte, o processo de reintegração.

Na ocasião, eu estava de plantão e fui responsável por realizar o seu acolhimento. Ela chegou acompanhada por uma senhora, a quem se referia como mãe, demonstrando desde o início um vínculo significativo com sua cuidadora. Durante a conversa inicial, a paciente mencionou que já havia feito tratamento no CAPS alguns anos antes e, de forma espontânea, reconheceu um quadro pintado por ela mesma que permanecia exposto na parede da recepção. Esse detalhe, aparentemente simples, revelou não só sua história prévia no serviço, mas também uma conexão emocional com o espaço, sugerindo que sua passagem anterior havia deixado marcas, tanto nela quanto no ambiente.

Durante o acolhimento, a paciente compartilhou o motivo que a levou a ser acompanhada pelo CAPS em sua passagem anterior: suas filhas, ainda menores de idade, haviam sofrido violência sexual perpetrada pelo próprio pai, seu então cônjuge. Diante da gravidade da situação, a Justiça determinou a institucionalização temporária das crianças e

estabeleceu a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e psicológico para a mãe, caso fosse necessário. Joana descreveu aquele período como um dos mais dolorosos de sua vida, marcado pelo sofrimento das filhas, pela ruptura familiar e pelo enfrentamento do sistema judicial. No entanto, com o tempo e após cumprir as exigências legais, conseguiu reestabelecer a guarda das crianças. Posteriormente, decidiu retornar ao seu Estado de origem, levando consigo as filhas.

Ao retornar à sua cidade natal, Joana revelou que suas filhas passaram a residir com os avós maternos, enquanto ela continuou vivendo com o cônjuge, sujeita a um ciclo persistente de violência doméstica. As agressões não se limitavam à esfera física, incluíam também abusos psicológicos, como ameaças constantes, humilhações e controle coercitivo. Em meio a esse contexto opressivo, a igreja representava um dos poucos espaços de refúgio e acolhimento. E foi durante a participação em um grupo de mulheres, nesse local, que ela encontrou forças para romper o silêncio e relatar a situação violenta que enfrentava. Sua revelação provocou uma resposta imediata: uma senhora presente no grupo a acolheu, impedindo que retornasse ao lar onde era agredida. Esse gesto marcou um ponto de virada em sua vida.

Desde então, Joana passou a residir com essa benfeitora, desenvolvendo com ela um vínculo afetivo profundamente significativo, que ela mesma descreve como uma relação materna. Esse laço, marcado por cuidado e acolhimento, revela muito mais do que uma simples relação de apoio: ele nos convida a refletir sobre como, em contextos de violência e desamparo, são frequentemente outras mulheres que assumem a responsabilidade pelo cuidado, o que reflete a persistente feminização do cuidado, em que mulheres, mesmo também marcadas por histórias de sofrimento, tornam-se cuidadoras de outras mulheres. E o que essa lógica revela sobre a ausência do Estado na proteção e no amparo a vítimas de violência de gênero? Quando as instituições falham, quem sustenta o cuidado são redes informais, baseadas em vínculos afetivos e solidariedade — quase sempre protagonizadas por mulheres. Trata-se de um cuidado que, ao mesmo tempo em que salva, evidencia uma sobrecarga silenciosa e socialmente naturalizada.

Após alguns meses, Joana e sua acompanhante decidiram retornar a Cianorte afim de retomar o tratamento no CAPS. Segundo seu relato, no estado de origem, o acesso a serviços de saúde mental era praticamente "impossível", o que as levou a buscar novamente o suporte da instituição que já as havia acolhido anteriormente. Durante o acolhimento, observei diversos sintomas e condições que demandavam atenção imediata: sintomas depressivos, lapsos de memória, obesidade e um histórico de tratamento oncológico em curso. Além disso, sua acompanhante relatou comportamentos regressivos, como atitudes infantis, fala simplificada e

uma crescente dependência emocional e funcional. Diante da complexidade do caso, levei a discussão para a reunião de equipe, onde avaliamos coletivamente a demanda e as necessidades da paciente.

Após análise, chegamos ao consenso de que seria fundamental sua reinserção no CAPS, com ênfase em um acompanhamento multiprofissional contínuo. Comuniquei a ela, por telefone, sobre os atendimentos: consulta médica para avaliação psiquiátrica e clínica, acompanhamento psicológico regular e participação nas oficinas terapêuticas de arte – estas últimas, inclusive, já haviam sido um recurso significativo em sua trajetória anterior, como demonstrado pelo quadro que permanecia exposto no serviço.

Ao longo do acompanhamento, pude perceber que Joana apresentava certas particularidades que a diferenciavam dos demais usuários do serviço. Dotada de notáveis habilidades artísticas, ela demonstrava múltiplos talentos: pintava telas com sensibilidade, compunha poesias, criava melodias, tocava teclado com desenvoltura e possuía uma voz afinada para o canto. Diante desse potencial criativo e sensibilizados por sua complexa história de vida - marcada por violências, rupturas e desafios na saúde mental -, a equipe optou por flexibilizar alguns protocolos. Disponibilizamos materiais artísticos de qualidade tanto para uso durante as oficinas terapêuticas no CAPS, quanto para que pudesse dar continuidade ao processo criativo em seu domicílio - uma concessão que não era habitual para todos os pacientes.

Com o tempo, porém, a equipe multidisciplinar passou a identificar e discutir, em reuniões regulares, uma série de incongruências no quadro apresentado pela paciente. Essas observações suscitaram questionamentos fundamentais sobre a veracidade e consistência de seus sintomas, levando a uma análise mais aprofundada de seu caso. Joana descrevia sintomas graves e incapacitantes, porém, durante as avaliações médicas, não eram encontrados achados objetivos que corroborassem com a intensidade de suas queixas. Além disso, havia obtido benefícios sociais devido à sua condição de saúde declarada, além de ter sido colocada sob curatela judicial, onde a cuidadora, também era responsável por administrar seus assuntos pessoais, patrimoniais e de saúde.

Esses fatores levantaram a hipótese de que parte de sua sintomatologia poderia estar sendo exagerada ou mesmo fabricada para garantir acesso a esses recursos. Diante dessas suspeitas, a equipe adotou uma postura cautelosa e ética, buscando equilibrar o acolhimento terapêutico com uma avaliação crítica de seu quadro, que incluíam reavaliação diagnóstica e documentação detalhada. Motivados pelas incongruências no relato da paciente, a enfermeira do CAPS tomou a iniciativa de aprofundar a investigação. Entrou em contato com o

departamento de transporte municipal, órgão responsável pelo deslocamento de pacientes em tratamento oncológico e de outras condições de saúde para cidades vizinhas que oferecem serviços especializados. A verificação revelou uma contradição significativa: o nome da paciente não constava em nenhuma lista de atendimento, contrariando sua afirmação recorrente de que realizava tratamentos externos.

Paralelamente, a equipe solicitou formalmente que a paciente apresentasse os exames médicos e laudos que comprovassem as comorbidades que alegava possuir – incluindo seu suposto tratamento oncológico. No entanto, a resposta da paciente foi marcada por intensa reatividade emocional e comportamentos evasivos. Esse desencontro entre relato e realidade clínica gerou frustração e perplexidade na equipe. No entanto, nos levou também a uma reflexão ética e técnica: até que ponto a simulação ou o exagero de sintomas não podem ser lidos como expressões de um sofrimento psíquico legítimo? Será que o pedido de ajuda não se expressa também por meio da encenação? Em que medida essas condutas, ainda que complexas, não revelam um modo particular de lidar com a dor, o abandono, o desejo de pertencimento e o medo de perder o vínculo com a única figura de cuidado disponível?

Essas reflexões ganham ainda mais densidade quando pensadas a partir das relações de gênero que atravessam o caso. O cuidado que Joana recebe – e que, em certa medida, performa – se estrutura em torno de uma lógica relacional profundamente marcada pelo feminino: sua cuidadora, a rede de apoio na igreja, a terapeuta, a assistente social, a enfermeira. Isso nos leva a perguntar: como as práticas de cuidado ainda recaem de maneira desproporcional sobre mulheres? Que discursos e instituições sustentam essa distribuição desigual do cuidado?

As trajetórias acompanhadas revelam que o cuidado em saúde mental não se realiza apenas por meio de protocolos e condutas técnicas, mas emerge de relações atravessadas por afetos, negociações e disputas de sentido. A centralidade da escuta, a gestão do cotidiano e a atenção às singularidades de cada sujeito colocam os profissionais – em sua maioria mulheres – diante de uma tarefa invisibilizada, emocionalmente exigente e, muitas vezes, precarizada. Nesse cenário, o cuidado se entrelaça à gestão, pois não se trata apenas de administrar recursos ou cumprir metas, mas de sustentar vínculos, acolher fragilidades e sustentar uma ética do encontro.

É nesse entrelaçamento que o gênero aparece não apenas como marcador social, mas como estrutura que organiza silenciosamente a divisão do trabalho, delegando às mulheres funções de manutenção relacional e afetiva no serviço. Assim, ao acompanhar os casos e as práticas cotidianas no CAPS, torna-se possível afirmar que o cuidado – quando reconhecido

como prática coletiva e relacional – tem o potencial de transformar o espaço institucional, deslocando hierarquias, questionando normas e abrindo frestas para modos mais horizontais de convivência. Retomando a pergunta que atravessa este trabalho, pode-se dizer que o modo como o cuidado é exercido – ou negado – transforma profundamente as relações no espaço: ele pode tanto reproduzir desigualdades quanto constituir-se como resistência e invenção cotidiana diante delas.

#### **4 TECENDO VÍNCULOS: A RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E PACIENTES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

No dia treze de novembro de dois mil e vinte e quatro, retornei ao CAPS de Cianorte, desta vez assumindo o papel de pesquisadora, após cinco anos atuando como psicóloga na instituição. Meu objetivo era revisitar algumas das experiências que vivi enquanto profissional - destacadas no capítulo anterior - para aprofundar a investigação sobre como o cuidado relacional pode influenciar a adesão ao tratamento e o bem-estar dos pacientes. Por cuidado relacional entendo o trabalho cotidiano de construção e manutenção das relações de cuidado que envolvem atenção, escuta, reconhecimento e resposta às necessidades emocionais, sociais e clínicas dos pacientes, valorizando a interdependência entre profissionais, pacientes e seus contextos familiares e comunitários (HIRATA, 2022). Nesse caso, a possibilidade de etnografar as práticas de cuidado representaram um movimento deliberado de estranhamento antropológico do que antes me era familiar. Busco, nesta dissertação, explorar essa temática sob uma nova perspectiva, ampliando o olhar para as dinâmicas de cuidado e suas implicações na prática terapêutica, especialmente a partir da análise do trabalho invisível de cuidado realizado majoritariamente por mulheres, tanto entre profissionais quanto usuárias.

A ideia de articular minhas experiências profissionais no CAPS com um novo trabalho de campo voltado à análise da relação entre profissionais e pacientes surgiu durante a banca de qualificação. Estimulada pelas orientações das professoras Eliane Sebeika Rapchan e Valéria Aydos, percebi que retornar à instituição em que havia trabalhado em outra condição poderia ser uma maneira de assumir a problematização das tensões teóricas e metodológicas que emergiram em minha experiência profissional. Refiro-me, em particular, ao modo como tive que lidar com aquilo que me parecia tão “familiar” e todas as relações que acabei assumindo como “estranhas” ao refletir sobre as práticas de cuidado. Esse processo de estranhamento tornou-se especialmente produtivo ao examinar as hierarquias de gênero que, de forma muitas vezes invisível, organizam e estruturam as práticas cotidianas de cuidado na instituição.

A abordagem qualitativa em saúde mental encontra sólidos fundamentos em contribuições teóricas centrais. Maluf e Andrade (2017, p.177), por exemplo, ressaltam que a pesquisa etnográfica possui uma potência singular nesse campo por sua capacidade de "dar visibilidade a dimensões que de outro modo não seriam percebidas", o que a torna essencial para revelar o trabalho emocional não reconhecido que sustenta o cotidiano dos serviços de saúde. Arthur Kleinman (1988) destaca o valor epistemológico das narrativas como via privilegiada para apreender como o sofrimento é experienciado e significado em contextos existenciais particulares. Essa perspectiva dialoga com Geertz (1989), para quem a investigação etnográfica, ao decifrar sistemas de significados culturais e práticas cotidianas, oferece lentes para compreender as experiências de adoecimento psíquico em sua diversidade cultural, questionando fronteiras entre normalidade e patologia. Complementando esse quadro teórico, Mônica Nunes e Maurice Torrenté (2007, p. 2860) argumentam que a natureza constitutivamente subjetiva do sofrimento psíquico impõe limites à hegemonia dos métodos quantitativos no campo da saúde mental.

Por isso, dois trabalhos foram especialmente inspiradores: a pesquisa etnográfica de Rosana Castro (2021) e o estudo de Marina Schiochet (2019) estabeleceram um diálogo produtivo com minha pesquisa no CAPS, oferecendo não apenas referências teóricas pertinentes, mas também modelos metodológicos aplicáveis ao contexto investigado, possibilitando a reflexão sobre minha própria posicionalidade como pesquisadora branca retornando a um espaço onde antes exercera autoridade profissional, além de oferecerem insights sobre como as políticas públicas se materializam (ou fracassam) nas micro interações cotidianas.

A pesquisa de Rosana Castro (2021), "Pele negra, jalecos brancos", oferece contribuições fundamentais ao analisar como raça e gênero estruturam as relações em serviços de saúde, revelando dinâmicas de poder no cuidado. Destaca a importância da reflexividade sobre a posição do pesquisador e favorece um olhar crítico a respeito dos processos pelos quais certas estruturas institucionais reproduzem desigualdades sociais. Paralelamente, a investigação de Schiochet sobre um CAPS AD III em Blumenau/SC trouxe contribuições igualmente valiosas ao explorar as relações entre espaço físico, acolhimento e cuidado. Seu estudo demonstrou como a organização espacial influencia tanto a oferta quanto a experiência do cuidado - aspecto que se revelou igualmente relevante em minhas observações no CAPS de Cianorte.

Desse modo, nas páginas que seguem, apresento uma síntese reflexiva das aprendizagens obtidas durante o trabalho de campo realizado no CAPS de Cianorte, entre novembro de 2024 e março de 2025. Através de narrativas selecionadas, busco iluminar as dinâmicas complexas que constituem as relações de cuidado em saúde mental, com especial atenção às tensões entre o cuidado formal e informal, isto é, onde protocolos institucionais se entrelaçam com gestos espontâneos de acolhimento; o visível e invisível - nas microfissuras do sistema onde se revelam assimetrias de gênero e poder. Privilegiei situações em que o gênero emergia como categoria analítica crucial - como quando mulheres profissionais assumiam espontaneamente tarefas de acolhimento emocional não previstas em seus contratos, ou quando pacientes do sexo feminino, mesmo em consulta, ainda se preocupavam em "não causar incômodo" aos profissionais.

Ao acompanhar essas interações, fica evidente que o cuidado em saúde mental não se reduz a técnicas ou protocolos, mas se constrói nas negociações cotidianas entre limitações institucionais e necessidades singulares e é profundamente influenciado pela qualidade dos vínculos, que podem tanto potencializar a adesão ao tratamento quanto reproduzir novas formas de exclusão. Como argumentam Mol (2008) e Ayres (2004), compreender o cuidado como prática situada exige atenção aos detalhes aparentemente banais do cotidiano - um olhar que a abordagem etnográfica permite capturar em sua riqueza.

Estas narrativas podem contribuir ainda para tensionar o paradoxo central da saúde mental brasileira entre o discurso da autonomia, base da Reforma Psiquiátrica, e as práticas que medicalizam corpos e vozes. Ao finalizar, reafirmo o potencial transformador de se olhar criticamente para essas microdinâmicas. Elas não apenas revelam os limites atuais da atenção psicossocial, mas apontam caminhos possíveis para um cuidado verdadeiramente dialógico - onde escuta, flexibilidade e reconhecimento das desigualdades possam se tornar alicerces, e não exceções, na prática cotidiana dos serviços.

#### 4.1 OBSERVAR O QUÊ? VOCÊ JÁ CONHECE TUDO AQUI!

O contato prévio com a atual chefe de divisão de saúde mental havia permitido organizar esse conjunto de “visitas” ao CAPS que ajudaram a estruturar meu trabalho de campo na instituição. A primeira delas ocorreu em uma tarde “calorosa” de Cianorte. Não apenas pela alta temperatura, mas também pelo turbilhão de emoções que me envolviam ao retornar ao CAPS. Finalizei minhas atividades como psicóloga na Unidade Básica de Saúde (UBS) e de lá fui direto para casa, tomei um banho rápido e troquei de roupa, preparando-me para assumir um novo papel: o de etnógrafa.

Naquela quarta-feira, como de costume, havia participado do Projeto de Caminhada com um grupo de mulheres usuárias da UBS. Sabendo que meu expediente terminava às 13h30min, já havia planejado trocar para uma vestimenta mais formal ao final do dia. Ansiosa e com o coração disparado, fui para casa. Tirei a roupa esportiva, tomei um banho e me arrumei com cuidado: calça jeans, camiseta, sapatilha e um leve retoque na maquiagem. Peguei um caderno e uma caneta na escrivaninha, acreditando que seriam úteis para as anotações iniciais do trabalho de campo. Ao entrar no carro percorri as poucas quadras que separam minha casa do CAPS e, nesse curto trajeto, minha mente não parava de imaginar como seria voltar a um lugar que, até poucos meses atrás, era considerada “nativa”.

O debate sobre a pesquisa etnográfica e as possibilidades oferecidas pela observação participante na antropologia contemporânea é amplo e frequentemente envolve um esforço sutil por parte da pessoa que realiza a pesquisa em construir seu lugar e sua posição em campo. Como já observaram Gabriela Costa e Dulce Gualda (2010), a etnografia é mais que uma técnica: é um processo relacional e interpretativo, que exige escuta sensível e atenção aos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências. A observação participante transforma o olhar do pesquisador, exigindo envolvimento ético e afetivo. A narrativa, nesse contexto, é não apenas fonte de dados, mas modo de conhecer - revelando sentidos subjetivos e culturais do adoecer, do cuidar e do viver.

Estacionei o carro com facilidade, o que é algo raro na rua onde o CAPS está localizado, devido à proximidade de um supermercado e ao fluxo constante de pessoas. Ao me aproximar, notei que as portas estavam fechadas. No entanto, através do vidro *blindex*, consegui observar alguns pacientes na recepção, incluindo um homem com deficiência nos membros inferiores, além de uma colega de trabalho. Essa visão inicial me permitiu visualizar o ambiente antes mesmo de acessá-lo diretamente. Assim que atravessei a porta, cumprimentei todos os presentes e imediatamente reparei uma mudança: o ar condicionado na recepção. O espaço estava muito mais agradável, especialmente naquele dia quente. Finalmente entendi o motivo de as portas estarem “fechadas”.

Atrás do balcão estava um jovem rapaz, magro, de cabelos escuros, que prontamente me cumprimentou. Bastaram alguns segundos para que nos reconhecêssemos: ele era o estagiário de psicologia que havia começado suas atividades poucos meses após a minha saída. Curioso, perguntou o motivo da minha presença ali. Expliquei que estava iniciando minha pesquisa de campo, parte do trabalho de pós-graduação, que tem como recorte o CAPS e as relações interpessoais, em especial a relação entre pacientes e profissionais de saúde mental.

Contei que, para isso, passaria algum tempo no ambiente, mas sob uma nova perspectiva, não mais como profissional e servidora pública, mas como pesquisadora, observadora e participante. Acrescentei que havia combinado previamente as visitas com a chefe do CAPS, embora a surpresa nos rostos dos colegas deixasse claro que muitos ainda não sabiam do meu retorno.

Meus olhos varreram o ambiente, tentando absorver cada detalhe. Tudo parecia familiar, mas ao mesmo tempo, carregava um ar de novidade, como se cada elemento guardasse ser redescoberto. Por que as coisas pareciam diferentes? Seria uma mudança em mim, nas minhas percepções? Talvez fossem os colegas, com seus olhares e gestos que agora pareciam carregados de novas nuances. Ou, quem sabe, o próprio CAPS, cujas paredes e dinâmicas pareciam abrigar histórias ainda não contadas. Essa sensação de redescoberta transformava o espaço em um território vivo, em constante reinvenção.

Abaixo do balcão, notei alguns desenhos e pinturas discretas, feitas em papel sulfite que destacava a imagem de uma mulher negra com cabelos crespos. Parecia evidente que aquelas obras tinham sido coloridas pelos próprios pacientes durante as oficinas terapêuticas, provavelmente em homenagem ao Dia da Consciência Negra, comemorado no próximo dia vinte de novembro. A pintura simples e delicada dava um toque especial, como se carregassem uma imagem silenciosa, mas poderosa, sobre representatividade, identidade, pertencimento e o papel da memória coletiva na luta por reconhecimento.

Foi justamente em uma dessas interações que encontrei Laura, a enfermeira, que estava sentada sozinha, mexendo no celular, com um olhar cabisbaixo e uma postura que transmitia certo desânimo. O estagiário me havia direcionado a um espaço comum, entre a recepção e a cozinha, que também dava acesso ao bebedouro e às salas onde acontecem as oficinas terapêuticas. Nos cumprimentamos calorosamente, afinal, fazia meses que não nos víamos. Perguntei sobre sua família, seu companheiro, suas filhas, e ela, por sua vez, também quis saber como eu estava. Em meio à conversa, parabenizou-me pelo noivado e, antes mesmo de falarmos sobre outros assuntos, segurou minhas mãos, fixou o olhar na aliança e disse com um sorriso: “Que linda, que Deus os abençoe!” Ao mesmo tempo em que suas palavras demonstravam carinho, havia um misto de cansaço e resiliência em seu tom, elementos frequentemente presentes no cotidiano de quem trabalha com saúde mental. Ainda que de maneira sutil e quase invisível, esse momento com Laura não foi apenas uma troca de cumprimentos.

Sentei-me ao seu lado, ao redor de uma mesa com seis lugares, essas mesas de escritório. Aproveitei o momento para perguntar como estavam as coisas no CAPS. Laura, sem hesitar,

respondeu: “- Ah, Leila, você sabe como é por aqui, né? As coisas continuam praticamente as mesmas, sem grandes novidades. Entrou uma artesã para ajudar nas oficinas, mas ela não vem todos os dias. Também temos uma Terapeuta Ocupacional que aparece nas quartas-feiras de manhã para conduzir um grupo com os autistas. E entrou uma técnica administrativa para colaborar com os ofícios e outras burocracias”. Ela fez uma pausa, pensativa, antes de continuar: “- O médico psiquiatra, que é meu cunhado, não está atendendo mais aqui. A Maria teve um problema de saúde e precisou se afastar. Passou por uma cirurgia recentemente, e já faz quase duas semanas que estamos sem ela. Mas, graças a Deus, ela está se recuperando bem, acredito que na próxima semana já esteja de volta. O João está com paciente em atendimento individual e a Tereza só vem no turno da manhã”. Por fim, ela olhou para mim com um sorriso e disse: “- Você faz muita falta por aqui!” Naquele momento, apesar da nítida timidez, a ansiedade tinha diminuído e consegui respirar fundo, com calma. Fui invadida por uma calorosa sensação de acolhimento - não apenas pelo espaço físico do CAPS, mas pela certeza íntima de que, em algum nível sutil, porém significativo, minha presença e trabalho ali haviam realmente ecoado.

Pouco depois da conversa com Laura, Ana, a técnica de enfermagem, entrou na sala comum onde estávamos. Ela me cumprimentou com um abraço, um sorriso largo e, sem esconder a surpresa, perguntou: “- Leila, o que você está fazendo aqui?” Reforcei o que já havia explicado para a enfermeira e o estagiário momentos antes: “Vim observar vocês, as relações, a dinâmica do CAPS”. Confesso que me senti um pouco constrangida, pois, assim como Ana, eu também não sabia exatamente como me posicionar durante essa nova etapa no CAPS. Assumir o papel de etnógrafa não foi um processo natural nem simples. Foi necessário um esforço consciente para desnaturalizar e criar um distanciamento crítico do campo que, até então, eu habitava como psicóloga e servidora pública.

Esse esforço para “desnaturalizar” minha presença e perceber as relações entre os profissionais e as estratégias de cuidado, era essencial para que eu pudesse compreender o funcionamento da instituição e as subjetividades em jogo. Ana, com seu jeito direto, exclamou: “Mas observar o quê? Você já conhece tudo aqui!” Sua observação, embora dita de forma descontraída, me fez refletir sobre os desafios desse novo olhar. Como enxergar com distanciamento crítico um lugar antes tão íntimo?

Eu já estava familiarizada com o CAPS, mas agora era preciso adotar uma postura etnográfica, buscar significados ocultos e ir além da superfície da rotina institucional, pois como descreve Geertz (1989), a etnografia exige uma “descrição densa”, um mergulho nas práticas

culturais para captar seus sentidos mais profundos. Minha experiência em campo refletia, assim, um dilema comum no trabalho etnográfico: o desafio de transitar entre diferentes papéis sociais e a dificuldade de olhar para o familiar com um novo olhar crítico. Mais do que um processo intelectual, essa mudança é também emocional e social, exigindo de mim uma reconfiguração da identidade e um novo entendimento das práticas culturais observadas.

Logo avistei José, o motorista, que se aproximou e me cumprimentou com um abraço caloroso. Sempre tivemos uma relação amistosa, frequentemente trocando ideias em momentos de pausa. Ele acabara de retornar após levar alguns pacientes da oficina terapêutica para casa, uma das suas tarefas rotineiras no CAPS. Com seu jeito acolhedor, José me convidou para tomar um café, como quem dizia: "Sinta-se à vontade, você é bem-vinda aqui." Aceitei o convite, e juntos seguimos até a cozinha. Pegamos copos descartáveis, nos servimos, sentamos e conversamos por alguns minutos para colocar o papo em dia.

Durante a conversa, ele expressou preocupação ao falar sobre o afastamento da psicóloga Maria, mencionou sobre a nova funcionária e sobre alguns conflitos que estavam acontecendo, com um misto de preocupação e leve desconforto: "Ela é bem namoradeira, sabe? Fica conversando com vários homens no celular, inclusive durante as reuniões". Sua fala, muito mais do que um simples desabafo - expunha as complexas dinâmicas de gênero que permeiam o cotidiano do CAPS. Os serviços de saúde mental, que deveriam ser espaços de acolhimento e transformação, ainda reproduzem em suas micro interações as mesmas desigualdades que combatem em teoria. A fala de José, mais do que um mero comentário, tornava-se sintoma de um sistema que continua a policiar corpos e comportamentos femininos, mesmo em contextos supostamente progressistas.

Enquanto conversávamos, Joice se aproximou, pegou um café e, em seguida, pediu a José que organizasse o transporte dos pacientes que aguardavam na recepção. Porém, antes de sair, José fez uma sugestão que chamou minha atenção: "Já que o paciente com deficiência está aqui acompanhando a filha, não dá para adiantarmos o acolhimento dele? Assim ele não precisa voltar amanhã."

A assistente social, embora inicialmente tenha reclamado das várias pendências acumuladas, acabou cedendo e realizou o acolhimento. O gesto, apesar de apresentar certa resistência, demonstrou a flexibilidade necessária para lidar com as demandas do cotidiano no CAPS, refletindo o que Maria Cecília Minayo (1994) descreve sobre o cuidado em instituições públicas: um equilíbrio delicado entre burocracia e improvisação, onde o pragmatismo dos trabalhadores se choca com as limitações estruturais. No CAPS, o cuidado não seguia um

protocolo rígido, mas emergia da negociação constante entre regras e necessidades imediatas. Como aponta a autora, as práticas cotidianas não são apenas imposições do sistema, mas também resultado de pequenas táticas que os sujeitos desenvolvem para tornar o trabalho viável. O que José fez foi exatamente isso: uma estratégia para otimizar os recursos disponíveis sem comprometer o atendimento.

Enquanto as negociações seguiam, meu olhar foi atraído por uma jovem que se aproximava da sala comum. Cabelos escuros, pele morena, aparentava ter uns trinta anos de idade. Seus movimentos eram cuidadosos, e logo percebi que ela enfrentava dificuldades de mobilidade. Para ajudá-la, utilizava um aparelho de apoio, que parecia fazer parte de sua rotina com naturalidade. Cumprimentei-a, assumindo que fosse uma paciente. Mais tarde, ao entrar na sala administrativa, fui surpreendida ao encontrá-la novamente. Só então descobri que ela não era uma paciente, mas sim a nova técnica administrativa, a quem nominarei de Gabriela.

Meu equívoco não foi casual - espelha estruturas que limitam a representação de corpos diversos nos espaços de poder da saúde mental. Assumi automaticamente a dificuldade de mobilidade no lugar de quem recebe cuidados, não de quem os provê. Gabriela, como mulher negra, corresponde ao perfil demográfico majoritário das usuárias do CAPS e meu olhar acabou por reproduzir o estereótipo histórico que vincula corpos negros à posição de "cuidados", não de "cuidadores", especialmente quando ocupados por mulheres. A surpresa ao encontrá-la na administração revela como cargos técnicos são culturalmente imaginados para corpos brancos, sem deficiência aparente.

Ela estava sentada próxima a uma escrivaninha, organizando alguns papéis quando me viu e, com um sorriso acolhedor, me convidou a sentar. Aceitei o convite e me acomodei à sua frente. A conversa começou de forma tão natural que parecia que já nos conhecíamos há muito tempo. Gabriela compartilhou sobre sua experiência no CAPS e um pouco de sua trajetória de vida, disse que devido à sua formação acadêmica está acostumada a lidar com burocracias. Comentou que é responsável por organizar e escrever ofícios, memorandos, dentre outros trâmites administrativos. Apesar dos desafios, Gabriela mencionou que está gostando de trabalhar no CAPS.

Falou com aparente naturalidade sobre sua deficiência, enfatizando que sua condição não foi um obstáculo para alcançar seus objetivos. Gabriela rejeitava a ideia de que sua mobilidade reduzida a tornava menos capaz e reafirmava sua competência profissional, enfatizando a ideia de que a autonomia é um elemento central na experiência de quem recebe e de quem oferece cuidado.

Contou que é servidora pública, embora sua formação acadêmica seja em Direito e, com orgulho, mencionou que passou no exame de Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e exerce a advocacia em horários alternativos, destacando que, em sua carreira, já atendeu casos ligados ao CAPS. Com um movimento ágil, ela abriu a bolsa e começou a vasculhar entre os objetos que carregava. Em poucos segundos, retirou uma carteira preta com o emblema da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) gravado em dourado e com um gesto firme, mas acompanhado de um sorriso, estendeu o documento em minha direção " - Essa é a minha OAB", disse, como quem confirma sua conquista e legitimidade na profissão.

A conversa seguiu para um lado mais pessoal, quando ela compartilhou que foi adotada. Explicou que nunca sentiu necessidade de conhecer os pais biológicos pois para ela, a família que a acolheu foi tudo o que sempre precisou. Contou com carinho sobre o amor e o respeito com que sempre foi tratada, destacando como a aceitação por parte deles foi fundamental para sua vida. Ela falou especialmente de sua mãe, descrevendo-a como uma figura essencial em sua formação: “foi essa mulher que me ensinou a ser forte e resiliente, mesmo diante dos momentos mais difíceis”. Seu relato me fez lembrar de Veena Das (2015), que enfatiza como as relações de cuidado são marcadas pela presença do outro no cotidiano e pela forma como o cuidado se entrelaça com narrativas de pertencimento e reconhecimento.

Ao falar sobre as dificuldades, Gabriela mencionou o bullying que enfrentou na infância. A dor dessa experiência parecia ainda viva em suas palavras, mas era evidente que o apoio da família a ajudou a superar os desafios e se tornar quem é hoje. Sua história revelou uma força que não transparecia à primeira vista, demonstrando que o cuidado não se restringe a atos individuais, mas envolve redes de suporte e pertencimento.

Sem hesitar, compartilhou com sinceridade que seus pais adotivos vêm de uma família humilde, mas que, apesar das dificuldades financeiras, sempre a incentivaram a estudar. Para ela, a educação foi sempre vista como a chave para um futuro melhor, e seus pais, embora com recursos limitados, fizeram questão de fornecer todo o apoio possível para que ela pudesse alcançar seus sonhos.

Enquanto Gabriela falava, percebi que cada detalhe de sua história ressoava profundamente em mim. Havia algo nas experiências que ela relatava, nas dificuldades que enfrentou e na força que demonstrava, que me fez lembrar da minha própria trajetória. Não consegui ignorar aquela conexão. Quando ela terminou de falar, senti a necessidade de compartilhar a minha história também. Era como se, ao abrir essa troca, pudéssemos encontrar ainda mais pontos em comum e, de alguma forma, fortalecer aquele momento de empatia e

compreensão. Compartilhei que também venho de origens humildes - meu pai, pedreiro e alcoolista, sustentou a família com o suor do trabalho braçal, enquanto minha mãe, costureira, remendava não apenas tecidos, mas nosso cotidiano com resiliência. Embora nossas trajetórias fossem distintas, reconheci naquela troca um fio condutor comum: a educação como valor inegociável em nossas famílias trabalhadoras. Mesmo diante das limitações impostas pelas circunstâncias, nossos pais transformaram cada sacrifício em combustível para nosso impulso adiante. Naquele momento, não era mais apenas pesquisadora e participante, mas duas filhas de trabalhadores descobrindo ressonâncias inesperadas em seus percursos.

Durante a conversa, acabamos refletindo juntas sobre o impacto direto que a situação financeira pode ter na vida das pessoas e nas escolhas que elas são capazes de fazer. Gabriela compartilhou sua visão com honestidade, dizendo que, sem o apoio e a adoção de sua nova família, sua trajetória de vida poderia ter sido completamente diferente. Com calma, explicou que seus pais adotivos não apenas a acolheram, mas também lhe proporcionaram condições para avançar. "Eles me deram muito mais do que um lar", disse, com um olhar que misturava gratidão e emoção. "Deram-me oportunidades que, de outra forma, eu talvez nunca tivesse."

Nos momentos em que falava sobre seu filho de dez meses, sua expressão suavizava. Relatou que a gestação foi considerada de risco e que cada etapa exigiu coragem. Para lidar com as demandas da maternidade, desenvolveu estratégias práticas, como se deslocar pela casa utilizando uma cadeira de escritório com rodinhas. Essa adaptação cotidiana ressoava com o que Mol (2008) chama de práticas de cuidado: ações que emergem da necessidade e são moldadas pela experiência, em vez de seguir padrões universais. De alguma forma, a história de Gabriela reflete a adaptação constante que o CAPS promove - um cuidado que é sensível às necessidades reais do indivíduo, considerando sua experiência e a complexidade de sua vida cotidiana.

Ela falou sobre sua vida antes do casamento e com um tom leve e divertido, disse que sempre foi muito namoradeira. Ao marcar encontros, nunca mencionava sua deficiência, pois acreditava que isso era apenas um detalhe. Seu relato reforçava a ideia de que a deficiência, longe de ser uma identidade fixa, era percebida e ressignificada de acordo com o contexto social. No entanto, reconhecia que nem todos pensavam da mesma forma. Muitas vezes, enfrentou estereótipos e perguntas invasivas, especialmente sobre seu relacionamento: "No início me incomodava, mas agora já me acostumei", comentou, deixando transparecer uma mistura de resiliência e cansaço.

A história de Gabriela me convida a repensar o corpo não como uma entidade fixa, definida por diagnósticos ou limitações, mas como uma multiplicidade em constante negociação, como propõe Mol (2008). Sua corporalidade não pode ser reduzida à deficiência visível, pois se desdobra em diferentes versões conforme os contextos: é corpo-mãe, corpo-profissional, corpo-adotada, corpo-amante, corpo-autônomo e corpo-marcado. Essa multiplicidade, longe de significar fragmentação, constitui uma forma potente de habitar o mundo, forjando práticas de cuidado que nascem da experiência e da adaptação – como quando Gabriela narra sua mobilidade pela casa com a cadeira de escritório, gesto que revela o cuidado como ação situada, e não como protocolo universal.

Nesse sentido, sua trajetória opera no avesso do estigma descrito por Goffman (1988), pois se recusa a fixar significados desvalorizantes sobre o corpo. Em vez de se tornar prisioneira de categorias como “dependente”, “incapaz” ou “objeto de cuidado”, Gabriela as tensiona e as transgride. Sua presença no CAPS, como técnica administrativa, mulher negra, com deficiência, advogada e mãe, desestabiliza o olhar normativo que associa determinados corpos apenas ao lugar de pacientes. Ela desloca o cuidado do lugar passivo para uma posição ativa e reivindicadora, revelando que cuidar - de si, do outro, da vida - é também resistir às classificações que aprisionam. Seu corpo múltiplo desafia os enquadramentos biomédicos e institucionais, mostrando que há potência nos desvios, nos rearranjos e nas histórias que não cabem nas lógicas dominantes.

Nossa conversa foi interrompida quando Joice entrou apressada na sala, segurando alguns papéis e pedindo ajuda para responder a um ofício urgente. Percebendo que precisavam de mais espaço e concentração, me despedi e deixei a sala, ainda refletindo sobre o impacto do que havia acabado de ouvir. Era como se sua história continuasse reverberando em mim, exigindo atenção e espaço para ser absorvida com a devida intensidade. Como Das (2007) sugere, histórias de vida não são apenas relatos individuais, mas revelam estruturas mais amplas de cuidado, pertencimento e reconhecimento social.

Ao chegar à recepção, fui recebida por uma cena que me transmitiu certa familiaridade: Ana, João e Raquel, a pedagoga, estavam reunidos em uma conversa descontraída. Eles sempre foram muito próximos, e isso era perceptível na forma como riam e trocavam ideias com naturalidade. Assim que me aproximei, comentei que nem tinha percebido o tempo passar e que estava conversando com Gabriela na sala ao fundo. Eles sorriram, criando um ambiente confortável. Reparei de imediato que João estava com um visual novo: um bigode que dava um ar diferente a ele. Ele sorriu ao notar minha reação e perguntou, com certo entusiasmo, se eu

tinha gostado. Balancei a cabeça afirmativamente e disse sorrindo que o novo estilo o fazia parecer mais intelectual. João riu com o comentário, dizendo que os colegas tinham opiniões divergentes. Esse momento de leveza contrastava com a densidade da conversa anterior e me lembrou do que Mol (2008) descreve como os diferentes modos do cuidado: ele pode ser técnico e burocrático, mas também afetivo e relacional.

Ao sair do CAPS, meu coração estava aquecido e minha mente repleta de questões. Aquela tarde havia sido mais do que um simples retorno ao espaço: foi um convite para olhar além do que eu conhecia, para enxergar novas camadas de significados no cotidiano institucional. Como em toda etnografia, minha presença ali não era apenas observacional, mas também um processo de envolvimento e transformação. Pequenos gestos, como uma conversa casual ou um ato de flexibilidade para acolher um paciente, ilustravam como o cuidado se manifesta de maneiras múltiplas e inesperadas. No CAPS, o cuidado não era apenas uma prática profissional, mas uma rede de relações e negociações constantes, sustentando aquele espaço de maneira invisível, mas essencial.

#### 4.2 ACOLHER SEM APRISIONAR: UM EQUILÍBRIO DELICADO PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS

Duas semanas haviam se passado desde minha primeira visita ao CAPS, e, durante esse intervalo, João – um dos principais interlocutores nesse processo – havia sugerido que eu retornasse em um dia estratégico: terça-feira, quando acontecia o “grupo de expressividade”. Então, em uma terça-feira quente e luminosa de 26 de novembro de 2024 aconteceu meu segundo dia em campo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). João havia explicado anteriormente que, esse era um dos grupos que estavam mais alinhados e, no momento, funcionando de forma particularmente eficaz. Segundo ele, os participantes estavam engajados, e a dinâmica do grupo vinha apresentando resultados positivos, tornando-se uma oportunidade interessante para observar e, se eu me sentisse à vontade, participar. Sua sugestão foi acompanhada de uma motivação tranquila, deixando claro que eu poderia explorar essa experiência sem pressa ou pressão.

Dias antes, enviei uma mensagem para ele confirmando a minha presença no grupo. Quando a terça-feira chegou, segui minha rotina com precisão. Saí da Unidade Básica de Saúde (UBS) exatamente às 13h30min e fui direto para o CAPS, determinada a não me atrasar, já que o grupo estava programado para começar às 14 horas. Ao estacionar, percebi que ainda faltavam alguns minutos para o início. Decidi aproveitar o tempo extra para dar uma passada rápida no

supermercado e comer algo. Acabei pegando uma bebida láctea, que consumi em poucos segundos. Era hora de mergulhar mais uma vez na experiência do CAPS.

Do lado de fora, através do vidro *blindex*, observei um número expressivo de pessoas no local. Quase todas as cadeiras da recepção estavam ocupadas, criando um clima de vivacidade – era dia de consulta médica. Esse cenário contrastava com meu primeiro dia em campo, quando não havia consultas médicas agendadas, e o espaço estava bem mais tranquilo, sem a grande quantidade de pessoas que preenchiam o ambiente naquele momento.

Ao abrir a porta, reconheci alguns pacientes e os cumprimentei com um sorriso, sentindo-me cada vez mais familiarizada àquele espaço e às pessoas que o habitavam. Minha presença gradualmente deixava de ser "a pesquisadora" para se tornar parte da paisagem humana do local. Apesar da quantidade de pessoas, o ambiente estava surpreendentemente silencioso. A televisão permanecia desligada, e o clima parecia um pouco destoante da decoração de natal, que enfeitava lindamente a recepção. As guirlandas, o presépio e os pequenos enfeites coloridos davam um toque de alegria ao espaço, mas não eram suficientes para dissipar o silêncio quase introspectivo que pairava no ar. Não pude deixar de notar que a decoração, embora simples, expressava uma tentativa de criar um ambiente acolhedor e de tornar visível a preocupação com o bem-estar dos usuários, ou como Mol (2008) sugere, um espaço de cuidado que envolve a criação de oportunidades de experiência emocional positiva, no qual os sujeitos não são apenas tratados, mas sentem-se pertencentes.

No balcão, Ana, Maria e João me receberam com a familiaridade dos abraços e sorrisos que selam vínculos em espaços como aquele. Maria, recém-recuperada de um procedimento, irradiava serenidade ao afirmar: “Agora estou bem”. Ao lado dela, João se mostrava receptivo, como sempre. Com sua habitual disposição, explicou que Pedro - um participante assíduo - já havia chegado para o grupo.

Enquanto aguardávamos, aproveitei para perguntar a João sobre o andamento das atividades no CAPS. Ele me respondeu com entusiasmo, revelando uma novidade. Contou que, na próxima quinta-feira, haveria uma confraternização de final de ano, organizada especialmente para os pacientes. Aproximadamente 40 pessoas tinham sido convidadas para participar de um dia especial, que aconteceria em um parque recém inaugurado do município. João detalhou a programação: lanches, momentos de conversa e descontração, tudo pensado para criar uma atmosfera mais leve e acolhedora.

Ele me disse que os pacientes estavam ansiosos por aquele momento, que representava não só uma celebração, mas também uma oportunidade de integração e partilha, fundamentais

para o cuidado em saúde mental. Sorrindo, João fez questão de destacar: "Agora temos lanche novamente". Sua frase, simples, mas carregada de significado, refletia uma prática que vai além da alimentação – aquele lanche simbolizava uma reconexão com a vida social e a construção de um ambiente de acolhimento. Mais do que uma refeição, era um gesto de cuidado, um sinal de pertencimento e de valorização dos indivíduos que ali estavam. O gesto de oferecer um lanche e proporcionar um espaço para conversa e descontração reflete exatamente a perspectiva de Mol (2008): o cuidado se faz na criação de oportunidades para que os pacientes possam vivenciar, de maneira concreta, um ambiente de apoio emocional e social.

Enquanto isso, meus olhos vagaram pelo ambiente, captando as sutis transformações do espaço desde minha última visita. Nesse período inicial a escuta se refinava - começava a capturar não apenas o dito, mas os silêncios e gestos que compunham as interações. O caderno de campo se enchia não só de observações, mas de perguntas que brotavam do convívio.

Notei que a sala onde João realizava os atendimentos, situada bem em frente à recepção, apresentava algo diferente. Havia uma certa harmonia ali, algo que antes não existia. Antes, a claridade intensa daquela sala era quase ofuscante, a ponto de João recorrer a uma improvisação engenhosa: papelão na janela para suavizar a luz que penetrava implacável. Era uma solução caseira que revelava não só a precariedade de recursos, mas também o esforço criativo diante das limitações. Felizmente, agora havia insulfilm nas janelas, um ajuste que transformou o ambiente. João me guiou até a sala, atualmente ocupada por Tereza, e comentou: “Melhorou, né!” Assenti, compartilhando seu alívio, pois aquela mudança parecia um reflexo de pequenas vitórias cotidianas.

Ao retornar à recepção, avistei uma paciente que eu havia atendido durante minha passagem pelo CAPS. O reencontro foi caloroso; ela me reconheceu de imediato, e nos abraçamos com carinho. Seus traços estavam mais serenos, e seu semblante exalava um bem-estar que eu não via antes. Conversamos brevemente, e ela mencionou que havia acabado de sair da consulta médica e que pretendia agendar o retorno. Fiquei feliz ao notar como seu estado parecia refletir uma melhora em sua saúde e em seu cuidado consigo mesma. O gesto de cortar o cabelo e de falar sobre a consulta médica não apenas simboliza a continuidade do cuidado, mas também o fortalecimento do autocuidado e da confiança nos serviços de saúde.

Logo em seguida, avistei Pedro, sentado em uma das mesas da sala comum. Ele era uma figura conhecida e estimada no CAPS. Jovem, pele morena, porte mediano e tatuagens que sempre chamavam atenção. Algo nele, porém, parecia diferente naquele dia – talvez os quilos a mais ou seu semblante que transmitia uma sensação de melhora, como se estivesse mais

presente, mais leve. Aproximei-me, e nos cumprimentamos com um abraço, carregado de afeto e familiaridade, daqueles que parecem dizer: "Que bom te ver!"

Pedro era um símbolo de pertencimento naquele espaço. Apesar de ter recebido alta, continuava frequentando os grupos e participando das atividades. Seu envolvimento com o CAPS era mais do que um simples retorno; era a manifestação de vínculo e continuidade. Era evidente o respeito e o carinho que Pedro nutria por todos no espaço – pacientes, profissionais e até os novos frequentadores – e esse sentimento era amplamente recíproco. Ele não se limitava apenas ao seu processo de cuidado, mas se expandia para todos ao seu redor, estabelecendo uma rede de apoio e cuidado mútuo.

Seu compromisso com o grupo, mesmo após a alta, refletia uma compreensão profunda do cuidado como um processo relacional e contínuo (HIRATA, 2022). Para Pedro, o cuidado não se limitava ao período de tratamento, mas se estendia para além das consultas e terapias, integrando-se à sua vida social e ao fortalecimento dos laços comunitários. A continuidade de sua participação no grupo, de certa forma, simbolizava o papel crucial que o CAPS desempenha na construção de uma rede de apoio que vai além do aspecto clínico e biomédico. Ali, ele não era apenas um paciente em tratamento, mas uma pessoa que havia encontrado um espaço de acolhimento e pertencimento, e que, ao retornar, reforçava essa rede, contribuindo para a manutenção do bem-estar coletivo. O cuidado no CAPS, portanto, não era apenas algo oferecido por profissionais, mas algo que fluía nas relações e nas trocas entre os indivíduos, construindo uma rede de suporte que se sustentava no vínculo contínuo e na partilha de experiências.

Durante nossa conversa, Pedro revelou algumas mudanças em sua vida que traziam consigo um misto de orgulho e alívio. Com sinceridade, compartilhou que havia conquistado o Benefício de Prestação Continuada (BPC), um apoio financeiro que representava um grande avanço para ele. No entanto, também relatou sua insatisfação com o valor elevado que o advogado particular cobrara para ajudá-lo a obter o benefício. Apesar disso, Pedro parecia conformado, valorizando o impacto positivo que o recurso trouxe para sua rotina.

A conversa ganhou ainda mais brilho quando ele contou sobre outras conquistas. Pedro havia conseguido parar de fumar, graças a um projeto da Unidade Básica de Saúde (UBS) no qual se engajou com dedicação. Além disso, retomou o uso regular de sua medicação psiquiátrica – um desafio que há muito tempo ele enfrentava, com idas e vindas que dificultavam seu tratamento. O compromisso com essas mudanças parecia ter renovado sua disposição e autoconfiança. Ele falou também sobre sonhos que agora pareciam ao seu alcance: voltar a estudar e, quem sabe, até cursar uma faculdade.

Cada palavra de Pedro carregava um peso simbólico, representando as batalhas que enfrentara e as vitórias que conquistara. Ele não era apenas um paciente; era um exemplo de resiliência, transformações e esperança. Nosso diálogo foi breve, mas profundamente significativo. Quando João se aproximou, convidando-nos para o “Grupo de Expressividade”, senti que aquele momento com Pedro havia deixado uma marca importante em mim, pequenas luzes que iluminavam meu entendimento sobre os processos de recuperação em saúde mental. Sua trajetória - marcada por conquistas aparentemente simples, mas profundamente significativas - desconstruía estereótipos persistentes sobre os usuários dos serviços de saúde mental.

Ao adentrarmos na sala, o arranjo circular das cadeiras anunciava mais que uma disposição física - simbolizava a filosofia de cuidado que permeava aquele espaço. Cada assento representava uma possibilidade de encontro, cada lugar ocupado guardava um universo de histórias por se revelar. Enquanto nos acomodávamos, pude sentir o peso silencioso das trajetórias que cada pessoa trazia consigo - marcas de lutas invisíveis, pequenas conquistas e sonhos renascidos. João, com sua habilidade singular de criar pontes, apresentou-me ao grupo: "Esta é nossa companheira de pesquisa, que vem aprender conosco sobre o que realmente importa no cuidado". Suas palavras simples, porém, profundas, me concediam um lugar especial - não como observadora externa, mas como participante de um diálogo mútuo.

O círculo terapêutico naquela tarde era íntimo - três pacientes, dois psicólogos – João e Maria; e eu, observadora-participante. Durante o encontro, Maria explicara que, idealmente, o grupo de expressividade deveria acontecer na oficina terapêutica, onde a inclusão da arte poderia ser mais efetiva nos momentos de troca e diálogo – justificando, assim, o nome do grupo. No entanto, naquele dia, isso não fora possível. Seu olhar revelava certa frustração pelo imprevisto necessário. Mas, a sala simples, sem recursos artísticos, tornara-se palco para memórias vivas e saberes manuais transmitidos por gerações.

A conversa girou em torno da importância da criatividade e da produção de artesanatos para a manutenção da saúde mental, um tema que rapidamente despertou o entusiasmo de Aparecida, que ao falar de suas criações pintava no ar imagens vívidas: as barricas que moldava no CAPS com dedos hábeis no início de seu tratamento, há aproximadamente 10 anos; o cisne esculpido em abóbora - transformação mágica do ordinário em arte -, os enfeites natalinos que tecia para a igreja. Seus olhos acendiam-se ao descrever cada detalhe, revelando como essas produções eram muito mais que passatempos: eram pontes frágeis e preciosas entre seu mundo interno e o exterior. Contudo, Aparecida revelou a contradição que habitava seu

cotidiano: enquanto suas mãos criavam enfeites, seu corpo ainda não conseguia atravessar o limiar da festa. "Faço cada estrela, cada guirlanda com carinho..., mas quando chega o dia, fico em casa, não consigo me socializar", admitiu.

Aparecida comentou, entre o riso e a melancolia, que seu marido frequentemente duvidava de sua capacidade de realizar essas criações. "Ele acha que eu não dou conta, mas ele nem sabe do que sou capaz", disse, com uma ponta de desafio na voz. Era claro que seus trabalhos artesanais não eram apenas sobre produzir algo com as mãos – eram também uma maneira de afirmar sua independência e seu valor em um ambiente onde, por vezes, se sentia subestimada. Longe de ser um simples passatempo, a prática artesanal de Aparecida revela-se um ato de resistência contra a desvalorização sistemática do trabalho feminino. Silvia Federici (2017) ajuda a entender que gestos aparentemente pequenos – como criar algo com as próprias mãos e desafiar a descrença alheia – são, na verdade, micro ações que contestam estruturas profundas de opressão, frequentemente invisibilizado.

À medida que a conversa avançava, mergulhando nas memórias natalinas de cada um, Aparecida desabafou sobre a falta de celebrações grandiosas em sua vida. Com simplicidade, compartilhou que, em sua realidade, o natal costuma ter, no máximo, frango - já que a carne vermelha se tornou um luxo. Falava como quem conhece bem as regras do jogo social e sabe que essa festa não foi pensada para todos da mesma forma. Seu relato era permeado por uma honestidade crua, que criava um espaço de reflexão entre os presentes.

Nesse momento, João interveio de maneira sensível e reflexiva, trazendo a questão da importância de mudar de perspectiva. Falou sobre a necessidade de girar o prisma pelo qual se enxerga a vida - que, mesmo diante das limitações, o ato de criar, seja um bordado, um enfeite ou uma ideia, pode ser uma brecha de luz: "A criatividade não é só sobre o que fazemos com as mãos, mas também sobre como encontramos caminhos para lidar com os desafios", ele disse, olhando diretamente para Aparecida. Havia ali, naquela fala, um convite tácito: enxergar beleza não apesar da falta, mas na coragem de transformá-la.

Enquanto falava, Aparecida foi se soltando, a ponto de tirar as sandálias e colocar os pés no chão, como quem chega em casa depois de muito tempo. Suas palavras, antes contidas, agora fluíam sem barreiras – cada frase era um fio que tecia não só histórias, mas toda uma vida de resistências e afetos. Não era mais Aparecida falando para os outros – era ela finalmente se escutando, e nesse ato de entrega, todos testemunhavam algo raro: o instante preciso em que uma pessoa, ao compartilhar sua verdade, deixa de apenas ocupar um espaço e passa a habitá-lo por inteiro.

No calor das conversas que se entrelaçavam no grupo, Pedro, até então quieto em seu canto, compartilhou seus planos para o natal. "Tô juntando cada centavo, pois faz um ano... um ano inteiro que não vejo meus filhos", sussurrou. Agora, com uma condição financeira um pouco mais estável, ele parecia determinado a proporcionar um momento especial para o casal de filhos. "Quero fazer tudo o que for possível para vê-los felizes", acrescentou. O BPC não era fortuna, mas representava a primeira vez em muito tempo que ele podia planejar algo além da mera sobrevivência. O peso de anos de privações sendo finalmente aliviado, ainda que minimamente, pela política pública que muitos criticavam, mas que para Pedro significava a chance de reencontrar sua dignidade como pai.

Enquanto compartilhava seus planos, Pedro revelou outra preocupação: "Preciso arrumar um lugar para eles dormirem, um sofá que caiba na minha casa." Seu olhar perdeu-se por um instante no vazio, calculando mentalmente os preços exorbitantes dos móveis que via nas lojas do bairro. O silêncio que se seguiu à sua fala era denso, carregado daquela frustração particular de quem quer oferecer o mínimo de dignidade e esbarra nas limitações impostas pela vida. Senti-me sensibilizada com sua história e, numa tentativa de contribuir, ofereci um colchão de casal que tinha em casa, imaginando que pudesse ser útil em sua situação. Ele recebeu a oferta com gentileza, mas logo explicou que o espaço em sua residência era extremamente reduzido e não comportaria um colchão daquele tamanho.

Mas, antes mesmo que o silêncio se prolongasse, Aparecida interveio: "Eu aceito o colchão!" Sua resposta imediata, revelava não apenas uma necessidade concreta, mas uma espontaneidade que a fazia estar sempre atenta às possibilidades ao redor. Seu gesto parecia falar de algo maior: da prontidão em acolher o que a vida oferece. Com um sorriso, Aparecida já planejava os detalhes logísticos. Disse que conversaria com o motorista do CAPS para buscar o colchão em minha casa e transportá-lo até a sua residência. Seu jeito simples e verdadeiro transformava o que poderia ser apenas uma troca prática em um momento de apoio comunitário, onde as necessidades de um encontravam eco nas possibilidades do outro.

Naquele breve episódio, ficou evidente a interdependência que sustentava aquele grupo, uma teia de trocas que ia além de palavras e histórias, alcançando gestos concretos de cuidado e solidariedade. O desejo de Pedro em proporcionar um natal especial para os filhos e a prontidão de Aparecida em aceitar o colchão eram exemplos vivos da importância das conexões humanas em tempos de vulnerabilidade. Por mais simples que parecesse, aquele momento carregava em si a essência do coletivo, onde cada ação reverberava como um lembrete de que ninguém estava completamente só.

Não se tratava apenas do cumprimento caloroso ou das palavras gentis trocadas entre eles, mas na maneira como se olhavam com atenção, como percebiam as necessidades uns dos outros mesmos no silêncio. Havia algo genuíno e recíproco na forma como se acolhiam, se escutavam e se fortaleciam mutuamente. A escuta era ativa, os gestos eram espontâneos e a conexão ia além do compartilhamento de um espaço - era um refúgio, um lugar onde o afeto circulava livremente.

Antes, esse cuidado entre os pacientes não me parecia tão evidente quanto agora. Parece que meu olhar se tornou mais aguçado, mais sensível às nuances das relações entre os pacientes. A pesquisa etnográfica tem esse poder: ela nos ensina a ver o que está à frente de nós, mas que a rotina, a pressa ou os pressupostos ocultam. Ela não só revela práticas, mas também lógicas - a maneira como o cuidado se organiza em sistemas informais, quase invisíveis, dentro de espaços onde a dor e a vulnerabilidade são comuns.

Quando chegou a vez de Antônia falar, o grupo se voltou para ela com atenção. Suas palavras começaram com um tom de concordância com os demais: também não tinha o costume de celebrar as festividades de fim de ano. “Especialmente este ano, está ainda mais difícil”, confessou. Foi então que sua fala tomou um rumo mais profundo quando compartilhou sobre a árvore que havia caído em sua casa, onde morou por 32 anos. O episódio, embora trágico, trouxe uma reviravolta inesperada. “Precisei passar por algo ruim para que algo bom acontecesse”, disse, refletindo sobre os desdobramentos do incidente.

Antônia revelou que há anos desejava se mudar, mas a acomodação sempre a impedia de agir. Agora, forçada pelas circunstâncias, finalmente deixara o lugar que a mantinha parada no tempo. A mudança, embora difícil, trouxe um alívio estranho, como se um peso tivesse sido retirado de seus ombros, o peso que muitas mulheres carregam — silencioso, familiar. O peso de ser a que segura, a que espera, a que se doa. Antônia, ao contar sua história, não falava apenas de paredes e endereços novos, mas de um corpo que finalmente respira, mesmo que a respiração ainda doa. Mas quantas haviam adiado sonhos em nome de um marido, de filhos, de pais idosos, de um emprego que as engolia? O grupo ouvia em silêncio, absorvendo o peso simbólico daquela transformação. A história de Antônia era mais do que uma narrativa de adversidade; era um lembrete de como, às vezes, os acontecimentos mais difíceis podem se tornar catalisadores para novas possibilidades. Era também um espelho em que Aparecida se reconheceu.

Aparecida revelou uma vulnerabilidade que silenciou o grupo. Confessou que, dias antes, em meio a uma crise, chegara a tentar tirar a vida do marido enquanto ele dormia. Com

os olhos perdidos ela afirmou, firme e ferida: "O marido tem que respeitar a esposa." Então, como quem tira uma faca de uma ferida antiga, revelou a raiz de sua angústia: o vício do marido em pornografia, algo que a dilacerava. "Por que ele não faz comigo?", perguntou. Sabia que a menopausa mudara seu corpo, e até procurara ajuda médica, seguindo tratamentos para manter a intimidade do casal. Mas ele recusara. E cada rejeição doía como um novo abandono.

Ali, naquele instante, algo primordial havia sido exposto: as amarras do patriarcado nas relações conjugais, a objetificação, a desvalorização do corpo feminino envelhecido; e seu ato extremo surge como grito contra a negligência afetiva. Sua experiência escancara como o sistema patriarcal reduz a mulher a mera satisfação masculina, negando sua autonomia sexual e emocional – um padrão que transforma relacionamentos em espaços de opressão silenciosa. "Eu nem faço meus exames direito..." confessou. A negligência com sua saúde física revelava ainda o abandono de si mesma, espelho da autoanulação, consequência natural de anos se sentindo invisível em seu próprio casamento.

Já era outro dia em campo e o CAPS respirava vida naquele dia de oficina terapêutica. O ar-condicionado zumbia baixinho, espalhando um frescor suave pela sala, enquanto as mesas cobertas de retalhos coloridos se enchiam de movimento. No centro da sala duas mulheres com a pele e cabelo marcados pelo tempo davam formas em bonecas de pano. Entre os fios de linha e o som suave das tesouras cortando o tecido, costuravam muito mais que bonecas - ia remendando pedaços de si através do fazer coletivo. Foi nesse momento que uma delas, Sra. Joana, soltou a frase que me fez pausar: "Queria morar no CAPS", disse sem pressa, enquanto alinhava os pontos da boneca. Marta, sentada ao seu lado assentiu levemente, como se compreendesse de imediato o peso daquela afirmação.

E como se costurasse as palavras junto com o tecido, Joana continuou: "Meu marido é deficiente e minha filha voltou pra casa depois de um namoro que não deu certo." Em sua voz, havia a constatação de uma rotina carregada e no CAPS o relógio parecia afrouxar seu nó. As tardes voavam entre pontos e conversas, e por algumas horas, riscava invisivelmente a fronteira entre dois mundos: o da casa que exigia tudo, e o do CAPS que lhe devolvia um pouco de si. O CAPS não era apenas um espaço de tratamento, mas um refúgio. Um lugar onde, por algumas horas, ela podia ser ela mesma, entrelaçando fios, compartilhando silêncios e se sentindo, talvez, um pouco mais viva. A boneca, agora quase pronta, parecia testemunhar silenciosa essa história bordada no tempo.

Em sua fala havia uma concepção de cuidado que transcendia o modelo biomédico tradicional: não se tratava apenas de procedimentos clínicos, mas de um espaço de reconstrução

existencial. Como bem aponta Ayres (2004), o verdadeiro cuidado em saúde se faz na intersecção entre técnica e humanidade, onde a escuta qualificada e o reconhecimento das narrativas individuais são tão vitais quanto qualquer intervenção terapêutica. O CAPS, nessa perspectiva, emerge como um território de cuidado integral – lugar onde se tecem não apenas tratamentos, mas redes de sustentação afetiva muitas vezes ausentes no cotidiano dos usuários. A observação ressoa com as reflexões de Veena Das (2015) sobre o cuidado como prática cotidiana de resistência: gestos aparentemente simples – como costurar bonecas em grupo ou compartilhar histórias – tornam-se atos políticos de preservação da vida em contextos de vulnerabilidade.

Havia ternura no desejo de Joana. seu anseio por morar no CAPS revelava não só o conforto encontrado ali, mas também a solidão de quem não se sentia mais em casa no próprio lar. Mas aquela declaração, carregada de afeto, escondia um alerta silencioso. O CAPS, enquanto espaço de acolhimento e cuidado, não deveria ser um fim em si mesmo, mas um meio para algo maior: a autonomia. A fala de Joana ressoava como um pedido por pertencimento, mas também revelava a fragilidade de quem, diante das dificuldades da vida, via no serviço um refúgio permanente. O próprio objetivo do CAPS, no entanto, era justamente o oposto – não apenas oferecer acolhida, mas promover a reconstrução da independência, fortalecendo os laços da pessoa com sua vida fora dali. Aquela cena ecoava Aparecida e sua confissão dolorosa sobre os exames deixados de lado – um autorretrato do autocuidado adiado. Como Joana, que sonhava em morar no CAPS, ambas revelavam a mesma fome silenciosa: o desejo de serem cuidadas, sem precisar sempre carregar o mundo nas costas.

Mas o desafio do CAPS era exatamente esse: oferecer cuidado sem prender, acolher sem aprisionar. O equilíbrio entre suporte e autonomia é delicado, e naquele momento, a boneca de pano que ganhava forma entre as mãos das pacientes parecia simbolizar esse processo. Linha por linha, ponto por ponto, ali se tecia não apenas um objeto, mas também a possibilidade de um novo caminho – um que levasse para além das paredes do serviço, rumo a uma vida mais autônoma e possível. Entre o acolhimento necessário e a independência desejada, equilibrava-se a essência do cuidado emancipatório - aquele que não se contenta em oferecer abrigo, mas que ousa devolver à pessoa a chave de sua própria vida.

#### 4.3 AS PESSOAS MELHORAM APESAR DO MÉDICO. SEM MOTIVO NENHUM MELHORAM OU PIORAM

Haviam se passado algumas semanas desde minha última visita ao CAPS, quando acompanhei a oficina terapêutica com Raquel. Dessa vez, conforme combinado anteriormente,

minha programação era acompanhar o Dr. Antônio, médico clínico geral, durante os atendimentos.

Era uma terça-feira, dia em que o Dr. Antônio permanece no CAPS durante todo o expediente. Cheguei no horário marcado – às 13h30min. Assim que adentrei ao local, meus olhos foram imediatamente atraídos por Francisca, uma paciente que atendi durante minha estadia no CAPS. Seu olhar expressava surpresa e uma alegria discreta ao me ver. Troquei um sorriso com ela e nos cumprimentamos com um abraço caloroso.

A recepção estava movimentada. Cumprimentei os demais pacientes, muitos dos quais eu ainda não conhecia. Pelos rostos novos, deduzi que haviam sido inseridos no serviço após minha saída. Enquanto me ambientava, observei João, Raquel e Ana posicionados atrás do balcão da recepção, engajados em suas rotinas. Após cumprimentar os colegas e trocar algumas palavras, me dirigi ao consultório, onde Dr. Antônio já me aguardava. No caminho, observei a dinâmica do espaço: alguns pacientes aguardavam na recepção, profissionais circulavam pelo ambiente e transitavam entre as salas, trocando informações e impressões sobre os atendimentos. Era um cenário familiar, repleto de interações que evidenciavam a importância dos vínculos no cuidado ofertado ali, ou seja, uma construção que vai além de procedimentos técnicos, envolvendo a escuta, a presença e a adaptação às necessidades singulares de cada paciente (MOL, 2008).

Dr. Antônio me recebeu com um aceno contido, seu cumprimento breve refletia sua maneira reservada de estar no mundo. Com a voz baixa e pausada, informou que, naquele dia, a agenda estava especialmente cheia. Seu jeito econômico nas palavras e o olhar atento transmitiam uma mistura de introversão e prudência. Antes de seguir, perguntou-me, quase como uma formalidade, se poderia iniciar os atendimentos. Fiz um gesto afirmativo com a cabeça e respondi que “sim”, expressando minha disposição em estar ali, presente, mas sem intervir.

Escolhi um canto discreto do consultório, posicionando-me de forma que minha presença não interrompesse o fluxo natural dos acontecimentos. Meu objetivo era simples: observar, sentir o ambiente, permitir que os acontecimentos se desenrolassem sem a minha interferência, pois como Foucault (1979) sugere ao discutir as relações de poder nos espaços institucionais, o cuidado em saúde mental manifesta-se na micropolítica dos encontros, nos gestos e nos olhares que perpassam o cotidiano da clínica. Assim, deixei-me levar pelo fluxo do cotidiano, atenta ao que se revelaria diante de mim.

Enquanto me acomodava, meu olhar percorreu o ambiente, buscando registrar suas nuances - os pequenos sinais que compunham o cenário do cuidado. Dr. Antônio, sentado à minha frente, mantinha-se concentrado na tela do computador. Nada parecia ter mudado desde minha saída do CAPS. A mesa de escritório, a cadeira giratória, a maca no canto, sempre à espera de uso — todos os elementos estavam como sempre estiveram. Até mesmo as marcas da goteira no teto permaneciam intocadas, indiferentes ao tempo e à presença dos corpos que diariamente ocupavam aquele espaço. Era como se o consultório resistisse a qualquer transformação, como se sua materialidade fixasse uma determinada ordem, uma rigidez que contrastava com a fluidez e a imprevisibilidade do trabalho no CAPS.

Além disso, o zumbido contínuo do ar-condicionado preenchia o silêncio com o seu ruído mecânico. Se lá fora o CAPS pulsava em movimento e trocas afetivas, dentro do consultório o clima era outro. Havia silêncio, frieza, um distanciamento que também era marcado pelo próprio espaço físico: paredes brancas, a marca da goteira ainda ali, e agora um insulfilm na janela que bloqueava a luz natural. Fiquei desconfortável. Parecia que o ambiente impunha uma lógica de distanciamento, de neutralidade quase mecânica.

Esse contraste também se manifestou em Dr. Antônio. Seu jeito econômico, as poucas palavras dirigidas aos pacientes, os gestos contidos. Era impossível não me perguntar: até que ponto aquele ambiente estaria moldando as relações ali construídas? Como o espaço físico se imiscuía nas dinâmicas de cuidado, influenciando não apenas os profissionais, mas também aqueles que buscavam ali algum tipo de amparo? Tim Ingold (2011) nos lembra que os ambientes são tão agentes quanto as pessoas nas relações de cuidado — o consultório, naquele momento, parecia sufocar qualquer tentativa de aproximação.

Não demorou muito, Dr. Antônio, seguindo a ordem estabelecida pelo sistema, começou a chamar os pacientes, respeitando a sequência de chegada, salvo as exceções prioritárias. A porta se abriu lentamente, e o primeiro paciente entrou. Leonardo era um rapaz branco, jovem, não devia ter mais do que 25 anos. Seus passos eram hesitantes, como se cada movimento exigisse um esforço adicional. Ele sentou-se na cadeira em frente ao médico, os ombros curvados, a cabeça baixa, carregando um peso que parecia maior do que ele próprio.

O consultório, até então preenchido pelo ruído do ar-condicionado e pelo barulho distante das conversas no corredor, pareceu se contrair naquele instante, moldando-se à nova dinâmica que se estabelecia entre profissional e paciente. Do meu canto, observei a cena se desenrolar com o ritmo habitual do CAPS: uma rotina previsível, mas sempre permeada por

gestos sutis, pausas carregadas de significados e interações que, por mais automáticas que parecessem, nunca eram exatamente iguais.

Antes de iniciar a consulta, Dr. Antônio voltou-se para o paciente e, em poucas palavras, apresentou-me, dizendo que eu estava acompanhando a rotina do serviço. Aproveitei a deixa e, com voz calma, reforcei minha presença, explicando que fazia parte de uma pesquisa e que meu papel era apenas observar, sem interferir no atendimento. Perguntei, então, se ele se sentia confortável com minha presença. Ele permaneceu em silêncio por um instante, os olhos fixos em um ponto indefinido, antes de assentir levemente com a cabeça. O gesto foi discreto, quase imperceptível, mas suficiente para sinalizar sua autorização. Diante disso, recostei-me na cadeira, buscando ocupar o menor espaço possível, enquanto Dr. Antônio retomava a consulta.

Olhando para Leonardo e, com um tom neutro, Dr. Antônio perguntou como ele estava se sentindo. Houve uma breve pausa antes que ele respondesse. Quando finalmente começou a falar, sua voz saiu quase como um sussurro - frágil, tímido, inseguro. Disse que os sintomas haviam piorado nos últimos dois meses. Suas palavras pareciam se dissolver no ar antes de alcançarem os ouvidos do médico. Eu me inclinei levemente para frente, tentando captar melhor o que dizia, mas o zumbido do ar-condicionado se impunha. O ambiente parecia ampliar sua fragilidade, tornando cada palavra ainda mais difícil de ser dita. Dr. Antônio ouviu em silêncio, sem mudar sua expressão. Perguntou sobre a medicação em uso. O jovem já tomava sertralina<sup>2</sup> e cloridrato de lítio<sup>3</sup>. Dr. Antônio digitou algo rapidamente no prontuário eletrônico, depois olhou para ele e disse, de forma direta: "Vamos tentar essa medicação, o que acha?" Acrescentou risperidona<sup>4</sup> à prescrição. Leonardo apenas assentiu, sem questionar, evidenciando como a prática médica, ali, seguia reafirmando a autoridade do profissional de saúde, quase sem espaço para negociação ou diálogo.

Após acatar, Leonardo mencionou, então, que sua mãe é a pessoa responsável por administrar seus remédios, garantindo que ele os tomasse nos horários corretos. Falou também sobre os pensamentos suicidas: "eles continuam." Sua voz, já fraca, quase se perdia no ambiente. Houve um breve silêncio. Dr. Antônio não reagiu de imediato. Fez uma anotação, depois encerrou a consulta pedindo que seu retorno fosse para um mês. O rapaz segurou as

---

<sup>2</sup> A sertralina é um antidepressivo usado no tratamento da depressão e de transtornos de ansiedade, atuando no aumento da serotonina no cérebro (ANVISA, 2025).

<sup>3</sup> O cloridrato de lítio é um estabilizador de humor indicado principalmente para transtorno bipolar, ajudando a prevenir episódios de mania e depressão (ANVISA, 2025).

<sup>4</sup> Risperidona é um medicamento antipsicótico atípico (de segunda geração), utilizado no tratamento de transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, transtorno bipolar e irritabilidade associada ao autismo (ANVISA, 2025)

receitas médicas entre os dedos, dobradas de qualquer jeito, como se fossem apenas mais um detalhe em meio ao cansaço que transparecia em sua postura. Levantou-se e saiu do consultório do mesmo jeito que entrou: devagar, sem pressa, ainda cabisbaixo. Ficou claro, porém, que o cuidado não se limitava ao ambiente institucional, não terminava com a consulta, mas se prolongava na rotina, nas relações familiares e nas práticas diárias que sustentam o tratamento - um trabalho invisível, como bem analisa Helena Hirata (2022) em seus estudos sobre o *care*. A socióloga demonstra como esse trabalho de cuidado, majoritariamente feminino e não remunerado, é fundamental para a continuidade da vida, mas frequentemente ignorado ou naturalizado.

Assim que a porta se fechou, Dr. Antônio, sem levantar os olhos da tela, comentou: "O irmão dele se suicidou." A frase soou seca, como uma informação clínica, mas carregava um peso imensurável. O silêncio que se seguiu pareceu ainda mais denso. Como estaria alguém que acabara de perder um irmão? O que se passa na mente de quem precisa seguir vivendo depois de uma perda tão abrupta? Como colocar em palavras uma dor que talvez nem tenha nome? Naquela sala fria, onde o tempo parecia suspenso e a luz natural já não entrava, a vida e a morte se cruzavam de maneira quase imperceptível, assim como o cuidado e a gestão da vida se entrelaçavam nas práticas institucionais, se dando de forma impessoal e técnica.

Era ali, nesse hiato entre o protocolo médico e o desamparo humano, que o trabalho invisível de cuidar se fazia mais urgente. Enquanto o médico registrava dados no prontuário, a mãe de Leonardo, em algum lugar além daquele consultório, continuaria a vigiar horários de medicação, a observar sinais de desespero, a carregar sozinha o fardo de sustentar uma vida que o sistema tratava com distanciamento.

A frase do Dr. Antônio, dita de maneira seca e quase desprovida de emoção, não era apenas um registro clínico, mas um sintoma da lógica biopolítica que transforma o sofrimento e os aspectos subjetivos em meros dados a serem gerenciados. Como aponta Donna Haraway (2000), em sua crítica à desumanização das práticas científicas, essa abordagem apaga as subjetividades, reduzindo a dor a variáveis administráveis. O suicídio do irmão de Leonardo virara uma anotação; sua angústia, um "caso" a ser revisado em um mês. Enquanto isso, quem realmente lidava com o peso concreto daquela existência era uma mulher invisível, cujo trabalho de cuidado permanecia à margem, não como política de saúde, mas como obrigação afetiva não reconhecida.

Enquanto ainda assimilava a informação, observei Dr. Antônio se levantar e sair da sala. Poucos instantes depois, ouvi sua voz no corredor chamando o próximo paciente: Rafael.

Reconheci de imediato quem entrava - um rosto familiar, alguém que já fazia parte da rotina do CAPS há algum tempo. Apesar de nunca ter atendido Rafael, costumava vê-lo com frequência na recepção ou pelos corredores, sempre com uma postura discreta.

Nos cumprimentamos com um simples aceno de cabeça, e segui o protocolo do meu trabalho, explicando minha pesquisa e perguntando-lhe se estava de acordo com a minha presença durante a consulta. Rafael sorriu de maneira tranquila e, com um tom leve, respondeu que não tinha problemas com isso. Sua expressão era visivelmente mais tranquila e mais animada do que das vezes anteriores que o observei.

Após algumas anotações no prontuário, Dr. Antônio ergueu os olhos e deu início à consulta com a pergunta de praxe: “Como você está?”. Rafael, sentado à sua frente, respirou fundo antes de responder. Com um tom sereno, começou a relatar sua evolução: os sintomas de ansiedade haviam diminuído consideravelmente, permitindo-lhe noites de sono mais tranquilas e dias menos marcados pela angústia que era constante. Havia voltado a realizar pequenas atividades cotidianas com mais facilidade, e sentia que, aos poucos, retomava o controle sobre sua rotina.

Dr. Antônio, que até então ouvia atentamente, interveio com rapidez e objetividade. Sua voz manteve o tom neutro, quase burocrático: “Dado o seu progresso, vamos encerrar suas consultas médicas aqui no CAPS. Mas você ainda precisará renovar a medicação no posto de saúde”. Rafael acenou em concordância. Não demonstrava surpresa, nem hesitação. Pelo contrário, sua expressão sugeria uma certa satisfação com a decisão. Pegou as receitas médicas que Dr. Antônio lhe estendia, conferiu-as brevemente e, após um breve agradecimento, levantou-se. Antes de sair, parou por um instante, como se ponderasse algo, mas logo abriu a porta e se foi. A sala voltou ao silêncio, interrompido apenas pelo som ritmado do teclado enquanto Dr. Antônio retomava suas anotações.

Foi então que Dr. Antônio fez um comentário que ficou ecoando em minha mente. “As pessoas melhoram apesar do médico”, disse ele, com uma expressão impassível. “Sem motivo nenhum, melhoram ou pioram.” A frase me chamou a atenção pela maneira como foi dita, sem ênfase, mas com uma certeza quase desconcertante. Mais que uma observação casual, aquela fala foi um estalo, uma provocação silenciosa que expunha os limites do modelo biomédico em compreender a complexidade do trabalho de cuidado no campo da saúde mental.

Esse pensamento me lançou em uma reflexão profunda: o que, afinal, constitui o processo terapêutico? A medicação, embora importante, não opera de forma isolada. Ela se insere em uma rede complexa de relações, afetos, contextos e gestos cotidianos que atravessam

o sujeito em sofrimento. No entanto, muitas vezes, o tipo de escrita institucional – nos relatórios, prontuários, prescrições – sugere que apenas o cuidado exercido dentro da clínica, com chancela técnica e linguagem especializada, é legítimo. Essa forma de registrar e narrar o cuidado tende a apagar os múltiplos saberes e práticas que sustentam a vida fora das paredes do CAPS: o acolhimento silencioso de uma mãe exausta, o vizinho que busca o paciente quando ele falta ao atendimento, a rede informal que compartilha estratégias de enfrentamento. Não podemos ignorar essas outras redes de cuidado que ultrapassam o espaço clínico e desafiam a centralidade do saber médico.

Foi quando me lembrei das contribuições fundamentais de Joan Tronto e Helena Hirata. Tronto (1993), ao politizar o conceito, argumentou que o cuidado é um trabalho coletivo e situado, que exige atenção contínua às necessidades concretas – algo que a frieza institucional frequentemente ignora. Não por acaso, Helena Hirata (2022) complementa essa crítica ao destacar como o cuidado, mesmo sendo o pilar invisível da saúde, recai desproporcionalmente sobre mulheres e é sistematicamente desvalorizado. O que Dr. Antônio chamou de "melhorar sem motivo" talvez fosse, na verdade, o resultado desse trabalho oculto: mães que administram remédios, vizinhas que escutam, corpos que resistem mesmo quando a medicina não oferece respostas.

Enquanto o sistema reduz a saúde a variáveis mensuráveis, essas autoras nos lembram que o verdadeiro cuidado habita nos intervalos – no que não é dito no consultório, no que não está no prontuário, nas mãos que seguram as receitas amassadas e nos silêncios que a ciência ainda não aprendeu a traduzir. Não por acaso, a maioria das trabalhadoras desses serviços são mulheres - herdeiras de um legado histórico que as coloca como provedoras “naturais” do cuidado. Segundo o Observatório dos Técnicos em Saúde da Fiocruz, as mulheres representam 82% da força de trabalho técnica no eixo Ambiente e Saúde, e 85% dos profissionais técnicos em enfermagem no Brasil (FIOCRUZ, 2022). Essa presença majoritária se intensifica nos serviços de saúde mental, como os CAPS, onde são elas que sustentam o cotidiano do cuidado com escuta, paciência e inventividade. A postura dessas profissionais, ao oferecer atenção com sensibilidade, respeito e ética, muitas vezes compensa as lacunas do sistema, tornando-se decisiva para o percurso do paciente.

Se olharmos mais de perto, veremos que o cuidado, ainda que sutil e por vezes invisível, permeia todos os espaços do CAPS: manifesta-se nas mãos habilidosas da técnica de enfermagem que guarda na memória as histórias de cada usuário; na psicóloga que encontra brechas entre consultas para oferecer escuta imediata; na artesã cujas oficinas convertem linhas

e agulhas em poderosos instrumentos de vinculação social; e na pedagoga que, ao ressignificar atividades cotidianas, constrói pontes entre saúde mental e aprendizagem.

Sob uma perspectiva sociológica, o cuidado se revela como uma tessitura coletiva, um entrelaçamento de fios — alguns puxados pelas políticas públicas, outros pela militância antimanicomial, e muitos outros pelas trabalhadoras (em sua maioria negras e periféricas) que sustentam, no dia a dia, a possibilidade de transformação. São elas que, mesmo com salários baixos e reconhecimento escasso, tecem redes de proteção onde o Estado ainda falha — prova viva de que a saúde mental se faz no plural, entre instituições e ruas, entre protocolos e afetos.

Enquanto digeriria a afirmação despreziosa do Dr. Antônio, testemunhei uma metamorfose singular: a cada nova interação, o consultório se transfigurava ante meus olhos, revelando camadas de significados até então invisíveis. O espaço não era fixo; ele se moldava conforme cada paciente entrava, trazendo consigo universos particulares de dor e resiliência. O cuidado não se limitava às palavras ditas, mas também se revelava nos silêncios que pairavam no ar, nos olhares carregados de significados e nos gestos sutis que escapavam entre uma fala e outra.

Nesse espaço liminar, o tempo adquiria uma qualidade peculiar: dilatava-se na escuta atenta, mas contraía-se sob o peso da fila de espera. Era nessa tensão entre a urgência e a paciência que a verdadeira natureza do cuidado se manifestava - não como protocolo, mas como prática relacional viva. E foi nesse equilíbrio precário, entre o tempo institucional e o tempo humano, que Francisca finalmente adentrou o consultório.

Eu a acompanhava, atenta à linguagem silenciosa de seu corpo: cada movimento, cada gesto contido desenhava um mapa de experiências que as palavras jamais poderiam expressar. Nas suas mãos, uma pasta desgastada parecia carregar muito mais que documentos; ali repousavam camadas inteiras de uma vida - cicatrizes transformadas em papéis, recomeços arquivados em formulários. Antes mesmo que qualquer palavra fosse dita, Francisca já contava sua história através da curvatura dos ombros. Seu corpo inteiro era um documento vivo, um registro que pedia para ser lido com os olhos do cuidado.

Francisca sentou-se à beira da cadeira, escutou com atenção as palavras rápidas do profissional à sua frente, com um ar de quem já tinha feito aquele percurso muitas vezes antes. Antes que a consulta avançasse, perguntei se ela concordava com minha presença ali. Ela assentiu com naturalidade, como se a minha observação fosse apenas mais um elemento em um cenário que lhe era familiar.

Dr. Antônio, cuja fala foi rápida e direta, começou a consulta com uma pergunta que ecoava o histórico conhecido de Francisca: "Você ainda está bebendo?" Ela respondeu com uma leveza aparente, quase como se a resposta fosse óbvia, mas havia algo em sua voz que sugeria uma luta interna, uma batalha silenciosa travada longe dos olhos dos outros. "Não, estou seguindo o tratamento", disse, com um tom controlado, mas com um cansaço sutil que permeava suas palavras.

Francisca trazia consigo a marca de anos vividos entre o álcool e em situação de rua. Agora, abrigada sob o teto precário do irmão e a frágil esperança representada pelo filho, ensaiava seus primeiros passos em uma reconstrução. Dr. Antônio, embora conhecedor de sua história, conduziu a consulta com a eficiência de quem tem o relógio como adversário. Em minutos, a prescrição habitual estava pronta - diazepam para acalmar os nervos expostos, omeprazol para as feridas invisíveis do estômago, fluoxetina para o que as palavras não alcançavam. O retorno foi marcado para daqui a sessenta dias, um número redondo que ignorava a complexidade do calendário humano. Francisca recebeu o papel sem questionar, com a resignação de quem já internalizou que algumas respostas não vêm em caixas de remédio.

Aquela consulta era apenas mais um capítulo na coreografia bem ensaiada do descaso. Pouco antes, na recepção, ela me confessara em voz baixa: "Estou sem psicóloga desde que você saiu". Essa ausência ecoava agora naqueles cinco minutos cronometrados de consulta, onde cada gesto - o olhar evitando contato prolongado, as mãos inquietas sobre a pasta de documentos - contava uma história que as pressas do sistema não permitiam narrar.

Nos atendimentos anteriores, ela compartilhara comigo os códigos de sobrevivência das ruas: "Eu vestia roupas de homem, camisas largas, calças velhas. Tentava esconder as curvas, apagar o corpo de mulher. Mas nem sempre dava... Às vezes tinha que me juntar a um grupo de colegas para dormir, senão era certeza de alguém se aproveitar". Seus olhos escureciam ao lembrar: "Ser mulher naquele inferno era ter a alma esfolada todos os dias. A gente vira sombra de si mesma". Francisca revelava assim, em fragmentos, as camadas de violência de gênero que nenhum protocolo médico poderia capturar - a transformação forçada do corpo em território de defesa, a solidão que só se quebrava em alianças precárias, o preço diário de simplesmente existir num corpo feminino nas margens da cidade.

Como bem analisa Silvia Federici (2017), corpos feminizados em situação de precariedade constituem territórios especialmente vulneráveis à violência sistêmica - e ali, naquele consultório, testemunhávamos a materialização cruel desse diagnóstico. O paradoxo se revelava em suas formas mais perversas: o mesmo corpo que resistira anos de violências físicas

e simbólicas nas ruas - um corpo que aprendera a se camuflar em roupas masculinas, a negociar proteções precárias entre colegas de sobrevivência - agora sofria nova violação. Não pelas agressões explícitas das ruas, mas pelo aparato burocrático que, sob o disfarce do cuidado, operava sua própria forma de violência estrutural.

A violência de gênero, assim, não cessava ao cruzar a porta do consultório - apenas se transmutava, tornando-se mais sutil, mas não menos destrutiva. Enquanto Francisca segurava sua receita de Diazepam, omeprazol e fluoxetina, carregava também o peso de um sistema que, ao negar-lhe escuta e tempo, reafirmava seu lugar na hierarquia dos corpos que importam - ou melhor, dos corpos que o sistema insiste em não ver em sua integralidade.

No consultório-transformado-em-linha-de-montagem, o cuidado perdia sua dimensão relacional e se tornava mera transação clínica. A ética do encontro dava lugar à lógica da produtividade, esvaziando o potencial transformador que nasce justamente daquilo que o sistema apressado considerava dispensável - os silêncios compartilhados, os olhares sustentados, o tempo generoso que permite às histórias desabrocharem em seus próprios ritmos.

A próxima paciente, Isabel, entrou com passos decididos, quase apressados, como se quisesse resolver logo o que a trouxera ali. Sentou-se sem hesitação na cadeira em frente ao Dr. Antônio, cruzando os braços como quem já conhece o roteiro. Seu rosto, ainda jovem, carregava marcas que o tempo e a vida tinham esculpido com certa dureza. Talvez tivesse por volta de 40 anos, mas a expressão cansada e os sulcos na pele contavam uma história de sobrecarga.

Antes mesmo que Dr. Antônio perguntasse qualquer coisa, ela anunciou, com objetividade ensaiada: “Tô me sentindo melhor.” A frase saiu de forma rápida, quase mecânica, como se precisasse ser dita para que a consulta prosseguisse sem desvios. Dr. Antônio assentiu e escreveu algo em seu prontuário - sertralina e risperidona<sup>5</sup> estavam mantidas. Ele repetiu a receita com gestos automáticos e, sem tirar os olhos da tela do computador, determinou o retorno para dali a dois meses: “vamos aguardar mais alguns meses até que eu possa te liberar” - disse, com um tom neutro que não convidava a prolongamentos.

Isabel apenas balançou a cabeça em concordância, pegou os papéis estendidos e saiu com a mesma pressa com que entrara. O silêncio que ficou durou apenas um instante antes de ser engolido pelo burburinho constante do corredor. Assim que a porta se fechou, Dr. Antônio se virou para mim e, como quem solta um pensamento em voz alta, comentou: “- O filho dela é autista e o marido está preso.”

---

<sup>5</sup> A risperidona é um antipsicótico utilizado no tratamento de transtornos como esquizofrenia, transtorno bipolar e irritabilidade associada ao autismo. Atua bloqueando receptores de dopamina e serotonina, ajudando a reduzir sintomas como delírios, alucinações, agitação e alterações de humor (ANVISA, 2025).

A casualidade da fala contrastava com a densidade daquela vida resumida em uma frase. Ali, naquela sala, o sistema funcionava a todo vapor: estabilizar, medicar, liberar. Mas para onde ia Isabel depois daquela porta? O que significava "melhor" para uma mulher que sustentava sozinha os cuidados de um filho com necessidades complexas, a ausência do parceiro encarcerado e a solidão de quem carrega fardos invisíveis?

A consulta rápida, a prescrição automática e a falta de espaço para escuta evidenciam um processo que Foucault (1977) já definiu como biopolítico; ou seja, o gerenciamento das populações por meio de mecanismos disciplinares e regulatórios, que buscam manter a funcionalidade dos corpos dentro da norma. No CAPS, esse controle se manifesta na regulação do sofrimento psíquico por meio da medicação, garantindo não necessariamente a saúde plena, mas a governabilidade dos sujeitos dentro de suas condições sociais adversas.

As teorias feministas do cuidado (TRONTO, 1993; FEDERECI, 2017) nos lembram que o verdadeiro cuidado reside justamente no que aquela consulta apressada ignorou: a compreensão das múltiplas vulnerabilidades que recaem sobre Isabel. Seus ombros sustentavam mais do que um diagnóstico psiquiátrico - carregavam a maternidade solo em uma sociedade que abandona suas cuidadoras, o estigma de ter um marido preso, a exaustão de quem é responsável por sustentar mundos – filhos, casa, trabalho precarizado - sem nunca ter quem a sustente.

Enquanto a porta se abria para a próxima paciente, eu me perguntava: quem cuida daquela que cuida? O CAPS oferecia uma trégua, mas não mudava o fato de que, ao sair dali, Isabel retornaria a um cotidiano de demandas infinitas — agora com a "alta" como selo de um sistema que a considera "resolvida" porque consegue, a duras penas, continuar funcionando.

O barulho do corredor seguia adiante, mas a pergunta ecoava: Quando o sofrimento é estrutural, como medicar apenas o indivíduo? A pergunta não era nova, mas sua insistência revelava uma contradição brutal. Se o mal-estar não nasce no isolamento de uma mente, mas é cultivado por condições sociais — a pobreza que esmaga, o racismo que segrega, o machismo que silencia —, então qual o sentido de tratar apenas os sintomas, como se fossem falhas de um corpo isolado, e não fraturas de um mundo doente? Enquanto o sistema reduzir vidas como a de Isabel a "casos", estaremos não apenas falhando em cuidar, mas reproduzindo a mesma violência que empurra mulheres para as margens — e depois as medica para que suportem ficar lá.

A paciente seguinte entrou de maneira completamente diferente. Júlia tinha passos lentos, quase arrastados, como se cada movimento exigisse um esforço adicional. Seus olhos

não nos buscaram; sentou-se cabisbaixa, os ombros caídos. Dr. Antônio, percebendo sua postura, perguntou com uma voz baixa, mas direta: "Você está bem?" A pergunta, no entanto, parecia retórica, pois a resposta era evidente. "Não", ela respondeu, quase num sussurro.

Depois de eu pedir sua autorização para acompanhar a consulta, Dr. Antônio então fez a pergunta que parecia inevitável, dada a história que ele já conhecia: "Você ainda pensa em suicídio?" Ela negou com um simples "não", mas a resposta veio carregada de uma ambiguidade que deixava espaço para dúvidas. Quando questionada sobre o uso dos medicamentos, ela respondeu com um monossílabo: "Aham." A lista era longa e pesada: amitriptilina, venlafaxina, clonazepam e prometazina. Julia mencionou que as crises vinham "do nada", como se fossem forças externas que ela não conseguia prever ou controlar. Quando Dr. Antônio sugeriu a possibilidade de reduzir o clonazepam, ela foi categórica: "Não consigo parar." Era como se a medicação fosse uma âncora, algo que a mantinha presa a uma frágil estabilidade.

Ao final da consulta, Julia pediu um atestado médico, algo que parecia ser parte de um ritual já conhecido. O retorno foi agendado para dois meses, um intervalo que, naquele contexto, parecia ao mesmo tempo longo e curto demais. Quando Julia saiu, Dr. Antônio comentou, quase como um aparte, que ela trabalhava em um supermercado próximo ao CAPS e que tinha apenas 21 anos.

A frase, dita entre um suspiro e o preenchimento de um formulário, carregava mais do que uma informação – era um retrato em miniatura daquela vida. 21 anos. A idade em que algumas mulheres ainda sonham, estudam, viajam. Julia, porém, já carregava nos ombros a exaustão de quem levanta antes do amanhecer para ficar em pé o dia inteiro atrás de um caixa, sorrindo para clientes que não veem seu cansaço, contando moedas que nunca fecham no fim do mês. Talvez fosse mãe – muitas como ela são. Talvez sustentasse a casa sozinha – muitas como ela fazem. Certamente engolia o pranto entre um turno e outro, porque mulheres como Julia aprendem cedo que chorar é um luxo que o mundo não permite.

Aquela cena, observada com um olhar etnográfico, revelava muito mais do que uma simples consulta médica. Era um retrato de um sistema que, apesar de seus esforços, parecia lidar com as dores de seus pacientes de forma fragmentada. A paciente, com seus passos lentos e suas respostas curtas, era a personificação de uma luta silenciosa, uma batalha travada não apenas contra os sintomas, mas contra a própria estrutura que a cercava. E Dr. Antônio, com sua fala pragmática e sua postura acostuada, era parte desse sistema, tentando equilibrar o cuidado com as demandas de um fluxo que nunca parava. A cena, em sua simplicidade, era um

microcosmo de um contexto maior, onde as histórias individuais se perdiam em meio à rotina, mas onde, ainda assim, persistia uma tentativa — mesmo que imperfeita — de cuidado.

Dr. Antônio chamou a próxima paciente para a consulta médica: Luciana. Essa paciente foi acompanhada por mim durante minha permanência no CAPS. Nos cumprimentamos e brevemente expliquei o motivo da minha presença, assim como fizera com todos os (as) pacientes que cruzaram a porta daquele consultório. Após consentir, sentou-se diante do médico e iniciou a conversa sem rodeios: estava ansiosa. O gesto de roer as unhas reforçava a fala, um sinal visível do desconforto. Relatou episódios de desmaios e dores de cabeça persistentes. Compartilhou também uma inquietação mais subjetiva: quando começava algo, sentia uma necessidade urgente de concluir, o que a impelia a um estado constante de agitação, sem conseguir encontrar descanso ou paz.

Talvez Luzia não percebesse – como a maioria de nós mulheres que carregamos o mundo nas costas sem questionar seu peso - mas ela foi sistematicamente treinada. Séculos de opressão disfarçada de "natureza feminina" nos convenceram que nosso valor se mede pelo que sacrificamos, não pelo que somos. Essa é a cruel pedagogia da opressão de gênero: enquanto homens aprendem a habitar o mundo por direito próprio, mulheres são treinadas para justificar seu espaço através do trabalho invisível (HIRATA, 2022). Cada "faz parte", cada "mulher é assim mesmo", cada "ela dá conta de tudo" são tijolos nessa construção perversa que transforma seres humanos em máquinas de servir. Sua incapacidade de descansar não é falha de caráter - é o sintoma de um mundo que só valoriza as mulheres enquanto produtoras, cuidadoras, abnegadas.

A história de seus vinte e poucos anos de tratamento psiquiátrico se refletia em sua fala: Clonazepam<sup>6</sup>, amitriptilina<sup>7</sup>, escitalopram<sup>8</sup> - Luciana enumerava os nomes familiares. "É difícil achar algo que eu não tenha tomado", comentou, sugerindo um percurso marcado por tentativas e mudanças frequentes de medicação. Foi então que Dr. Antônio sugeriu um novo medicamento – desta vez um que precisaria ser comprado - e perguntou sua opinião. Luciana concordou sem hesitar.

Apesar dos desafios que enfrentava em sua saúde mental, Luciana mantinha um emprego fixo como servidora pública, e uma fonte de renda razoavelmente estável, fator que lhe

---

<sup>6</sup> O clonazepam é um medicamento que pertence à classe dos benzodiazepínicos, indicado para o tratamento de transtornos de ansiedade, crises convulsivas e síndrome do pânico (ANVISA, 2025).

<sup>7</sup> A amitriptilina é um medicamento da classe dos antidepressivos tricíclicos, indicado para o tratamento de depressão, dores neuropáticas, e em alguns casos, para prevenção de enxaqueca (ANVISA, 2025).

<sup>8</sup> O Escitalopram é um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), usado para tratar depressão, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno do pânico (ANVISA, 2025).

permitia garantir certa previsibilidade financeira, um elemento essencial para o acesso contínuo aos cuidados de que necessitava.

Sua presença parecia contrastar com muitas das histórias que atravessavam aquele espaço. Luciana tinha por volta de uns 45 anos. Não havia desleixo em sua aparência, tampouco sinais visíveis de fragilidade extrema. No entanto, sob essa aparente normalidade, sustentava um equilíbrio tênue entre o sofrimento psíquico e a funcionalidade cotidiana: enquanto homens com diagnósticos semelhantes muitas vezes são vistos como "incapacitados", mulheres como Luciana são pressionadas a continuar funcionando - a ser mães, esposas, profissionais e pacientes exemplares, tudo ao mesmo tempo. Seu sofrimento psíquico não a liberava das expectativas sociais; pelo contrário, exigia que ela sofresse em silêncio, sem perturbar a ordem estabelecida.

Foi naquele momento que uma questão essencial se revelou: o cuidado tem classe social, tem gênero, tem condições materiais. Para Luciana, adquirir a nova medicação não representava um obstáculo intransponível - sua posição como servidora pública lhe garantia o privilégio amargo de poder comprar seu próprio alívio. Sua adesão ao tratamento era facilitada por uma condição que muitas mulheres no CAPS sequer sonhavam: a capacidade de bancar sua própria sobrevivência emocional. Mas a facilidade material escondia outro custo - o preço silencioso de ter que se manter "funcional" o suficiente para continuar tendo acesso ao próprio tratamento.

Refleti sobre como o sistema transforma o cuidado em mercadoria - e como mulheres trabalhadoras como Luciana pagam duas vezes: primeiro com seu salário, comprando os remédios; depois com sua saúde, mantendo-se funcionais o suficiente para continuarem merecendo o próprio tratamento.

Enquanto aguardávamos a chegada do próximo paciente, Dr. Antônio soltou um comentário que parecia carregar o peso de uma rotina já bem conhecida: "Quase todos os dias é a mesma coisa. Quando dá certo, consigo liberar os pacientes das consultas médicas." Suas palavras ecoavam uma mistura de resignação e pragmatismo, como se aquele fluxo incessante de pacientes e histórias fosse parte de um ciclo que ele já havia internalizado. O consultório, naquele momento, parecia um espaço onde o tempo era moldado pela repetição e pela urgência, mas também por uma certa familiaridade com as dores que ali chegavam.

Assim que a porta do consultório se abriu, Luiza adentrou o ambiente com elegância e segurança. Seu aperto de mão firme e o presente que ofereceu ao Dr. Antônio - um sabonete e um creme - poderiam passar por mera cortesia, mas revelavam algo mais profundo: a socialização feminina que a ensinou a presentear, agradecer e suavizar sua própria dor para não

sobrecarregar os outros. Mesmo em luto pela recente perda da mãe, Luiza cumpria o papel esperado das mulheres: cuidar dos outros antes de ser cuidada.

Aproveitei esse breve momento de pausa, enquanto Dr. Antônio colocava o presente sobre a mesa, para me apresentar a Luiza e solicitar sua autorização para acompanhar a consulta. Luiza, com um sorriso tranquilo, respondeu que não havia problema algum. Sua postura acolhedora e natural diante do pedido contribuiu para que o ambiente se mantivesse leve e respeitoso. Após sua autorização, sentei-me discretamente, observando o início da conversa entre ela e o Dr. Antônio, atenta às sutilezas daquele encontro.

Foi então que Luiza começou a relatar, com a voz embargada, que estava vivenciando um luto recente: sua mãe havia falecido há cerca de um mês. Logo em seguida, olhando para o médico com uma expressão triste, comentou: “O senhor conheceu a minha mãe, né, doutor? Ela também fazia tratamento aqui no CAPS.” Suas palavras despertaram em mim a memória daquela senhora, a quem eu também havia acompanhado durante o período de tratamento, e a notícia de sua morte, quando chegou, me entristeceu profundamente.

Agora, ali diante do Dr. Antônio, Luiza não só buscava algum tipo de alívio, mas permissão para sofrer — talvez um conforto, ou quem sabe uma resposta médica para aquela dor que parecia transbordar. Em um tom suave, perguntou: “Tem remédio para o luto? Não tem, né, doutor?” A pergunta ficou suspensa no ar, carregada de um desejo de que houvesse alguma solução imediata para dores que são, por natureza, lentas e complexas – não há fármacos que cure a ausência de quem se ama. Em seguida, ela confidenciou que estava fazendo uso de zolpidem para conseguir dormir, mas, ainda assim, o vazio continuava presente, imenso e silencioso, acompanhando-a mesmo nas noites em que o sono vinha.

A consulta prosseguiu de forma natural, mas logo ficou claro para mim que a relação entre Luiza e o Dr. Antônio ultrapassava os limites formais de um atendimento clínico. Havia ali um vínculo, um espaço aberto para trocas genuínas. Contudo, essa proximidade trazia consigo uma contradição reveladora: mesmo buscando acolhimento para sua dor, Luiza continuava exercendo o papel social que lhe era familiar - o de cuidadora. Enquanto deveria ser o centro da atenção, ela naturalmente desviava o foco para as necessidades alheias – perguntou sobre a construção da casa do Dr. Antônio e sobre o estado de saúde de seu pai, como se seu direito ao cuidado precisasse ser conquistado através da manutenção do bem-estar dos outros.

Essa inversão de papéis não era acidental, mas sintomática de um padrão maior: a tendência feminina de gerenciar emoções alheias mesmo em momentos de própria vulnerabilidade. O vínculo aparentemente especial entre paciente e médico revelava-se, sob

outra ótica, mais uma manifestação desse cuidado invertido - onde quem precisa de apoio se vê, inconscientemente, na posição de oferecê-lo.

Mas então, algo inesperado aconteceu. Dr. Antônio, rompendo a barreira protocolar, pegou seu celular e mostrou a Luiza fotos da obra em andamento, explicando cada detalhe, como quem compartilha parte de sua intimidade. Em seguida, abriu-se ainda mais: contou que seu pai estava enfrentando o avanço do Alzheimer. Com um tom de voz sereno, mas carregado de um cansaço discreto e um afeto evidente, disse: “Ele ainda consegue tomar banho sozinho e se alimentar. Mas, de manhã, fica com uma cuidadora... e à noite, eu vou dormir com ele.”

Por um breve, porém marcante instante, o consultório transformou-se em um espaço onde as trocas humanas se sobrepunham aos papéis institucionais. O sofrimento de Luiza encontrava ressonância no de Antônio, e ali, diante um do outro, deixavam de ser apenas paciente e médico, ocupantes de funções definidas dentro de um sistema de saúde. Eram, acima de tudo, pessoas — atravessadas por dores distintas, mas igualmente profundas; unidas pelo cuidado mútuo e pela necessidade silenciosa de dividir o peso que cada um carregava.

Após esse momento de partilha, ambos retomaram a conversa, voltando gradualmente aos assuntos previstos para a consulta. Contudo, algo sutil e valioso havia sido trocado entre eles. Algo que escapava aos protocolos, mas que informava algo importante sobre o trabalho de cuidado em saúde mental: a capacidade de reconhecer a vulnerabilidade do outro, de estar presente com empatia e de permitir que, mesmo em meio à técnica e ao conhecimento médico, emergisse a delicadeza do encontro humano.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa etnográfica realizada no CAPSI de Cianorte/PR revelou a complexidade das práticas de cuidado em saúde mental, evidenciando os limites e as potências das políticas públicas quando transpostas para o cotidiano institucional. A partir da observação participante com profissionais e usuários, foi possível compreender como a relação entre esses sujeitos é atravessada por disputas simbólicas, desigualdades estruturais, precarização das condições de trabalho e pela persistência de um modelo biomédico hegemônico, que, mesmo após décadas de Reforma Psiquiátrica, ainda se impõe como referência central no processo terapêutico.

Em diálogo com as reflexões de Helena Hirata (2022) que compreende o cuidado como uma categoria analítica e uma prática social, esta pesquisa reforçou que o cuidado não pode ser reduzido à aplicação de protocolos ou à mera execução de tarefas técnicas. Hirata destaca seu caráter relacional, marcado por dimensões afetivas, éticas e políticas, muitas vezes invisibilizadas pelas lógicas institucionais e pelas hierarquias profissionais. Nesse sentido, as micropráticas observadas no CAPSI – como escutas espontâneas, improvisações criativas em meio à falta de recursos, e a sensibilidade de alguns profissionais frente ao sofrimento dos usuários – configuram formas de cuidado que resistem à fragmentação e à racionalidade técnica-administrativa dominante.

Por outro lado, a pesquisa também revelou como a divisão sexual e social do trabalho impacta a distribuição das responsabilidades de cuidado no interior da equipe interdisciplinar, sobrecarregando especialmente as mulheres – com tarefas de acolhimento, acompanhamento e manutenção de vínculos, atividades pouco reconhecidas institucionalmente. Essa dinâmica reflete a feminização do cuidado, teorizada por Joan Tronto (1993), que associa a desvalorização dessas práticas a estereótipos de gênero que naturalizam a empatia e a disponibilidade emocional como atributos inerentes às mulheres. Entre as pacientes, observou-se uma reprodução similar dessas expectativas: mulheres em sofrimento psíquico, como Luiza (caso analisado), frequentemente assumiam o papel de cuidadoras mesmo em situações de vulnerabilidade, preocupando-se em não ser "um peso" ou oferecendo suporte emocional aos profissionais antes de expressar suas próprias necessidades.

A etnografia também apontou contradições no cotidiano do serviço. Por um lado, a ausência de espaços adequados, a rotatividade de profissionais, a centralidade da figura médica e a dificuldade de integração entre saberes interdisciplinares revelam desafios persistentes na construção de um cuidado verdadeiramente integral. Por outro, identificaram-se práticas contra-

hegemônicas que emergiam nas brechas do sistema, sustentadas por compromisso ético, afeto e escuta atenta.

Portanto, este estudo reforça que, para fortalecer as relações terapêuticas no CAPS, é preciso reconhecer o cuidado como trabalho – e não como uma disposição natural das mulheres –, incluindo-o formalmente nas cargas horárias e avaliações de desempenho. Promover formação continuada sobre gênero e saúde mental, com base nas contribuições de autoras como Carol Gilligan (1982) e Judith Butler (1990), para questionar estereótipos que sobrecarregam pacientes e profissionais mulheres. Criar mecanismos institucionais de escuta para que as profissionais possam expressar suas próprias necessidades emocionais sem medo de serem vistas como "fracas".

Por fim, compreender o cuidado como prática política, conforme propõe Hirata, exige reconhecer que ele está no centro das disputas que moldam a saúde mental. O CAPS I, como microcosmo da sociedade, reproduz estruturas de gênero que perpetuam a invisibilização do trabalho feminino, mas também abre fissuras por onde emerge a possibilidade de um cuidado coletivo e emancipador. Como sugere Audre Lorde (1984), a transformação radical dessas relações depende de questionar quem tem o direito de ser cuidado e quem é socialmente obrigado a cuidar – um desafio que interpela não apenas os serviços de saúde, mas a sociedade como um todo.

Em diálogo com a Sociologia do Cuidado (CONTATORE; MALFITANO; BARROS; 2019), esta pesquisa reforça a necessidade de abordar o cuidado como fenômeno social amplo, interdisciplinar e politizado. A crítica ao modelo biomédico e a ênfase nas desigualdades de gênero, raça e classe ecoam a proposta dos autores de construir um campo teórico que ultrapasse os limites da saúde, integrando dimensões éticas, políticas e culturais. O cuidado, portanto, deve ser entendido não como técnica, mas como prática coletiva e transformadora – essencial para a construção de uma sociedade mais justa e humanizada.

Assim, esta dissertação não apenas mapeou os entraves e potências do trabalho de cuidado no CAPS I de Cianorte, mas também apontou caminhos para que políticas públicas reconheçam o afeto, a escuta e a equidade de gênero como pilares fundamentais de uma saúde mental verdadeiramente democrática.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W. “Educação após Auschwitz”. In: Educação e Emancipação. São Paulo: Paz e Terra, p. 119-138, 2003.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Consultas**. 2025. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/>. Acesso em: 09 jun. 2025.
- ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectives on the mental health concept: analysis of Brazilian scientific productions. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 351–361, 2022.
- ALMEIDA, F. M. Descontinuidades e ressurgências: Entre o normal e o patológico na teoria do controle social. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, v. 20, n. 3, p. 1057–1078, 2013.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicopessoal**. 3 ed. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P. D. DE C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 4 ed. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- ARAÚJO, T. M.; TORRENTÉ, M. DE O. N. Saúde Mental no Brasil : desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 32, n. 1, p. 1–7, 2023.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior Hospício do Brasil**. 1 ed. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO (ANAMT), A. N. D. M. D. T. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho segue em atualização**. Disponível em: <<https://www.anamt.org.br/portal/2023/02/01/lista-de-doencas-relacionadas-ao-trabalho-segue-sem-atualizacao/>>. Acesso em: 19 jan. 2024.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado: Trabalho, Interação e Saber nas Práticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 38(4), 676-685.
- BECKER, H. S. **Truques da pesquisa: como fazer pesquisas em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.
- BEVILAQUA, C. B. Etnografia do Estado: algumas questões metodológicas e éticas. **Campos – Revista de Antropologia Social**, v. 3, p. 51-64, 2003.
- BEVILAQUA, C. B. Etnografia e experiência: considerações sobre o trabalho de campo antropológico. **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 1, n. 1, p. 11–20, 2003.
- BOARINI, M. L. **Desafios na Atenção à saúde mental**. 2 ed. ed. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2011.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.
- BRASIL. **Sistema de Legislação da Saúde – SLEGIS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br>. Acesso em: 29 julho 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 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, seção 1. Brasília: Poder Executivo, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para**

**dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)> Acesso em: 17 fev.. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 18 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União 2011. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em 18 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 21, de 25 de janeiro de 2006. Habilita, a contar da publicação deste ato, os Serviços constantes no anexo desta Portaria, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002, republicada em 02 de setembro de 2002.** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0021\\_25\\_01\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0021_25_01_2016.html)> Acesso em: 18 mar 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)> Acesso em: 18 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016b. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482\\_25\\_10\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html)> Acesso em: 10 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018h. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434\\_20\\_08\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html)> Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018i. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.** Disponível em; <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659\\_16\\_11\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html)>. Acesso em: 04 mai. 2024.

BRASIL, Decreto. **Lei Nº 8.550 de 03 de janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional.** Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Autoriza%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o,assit%C3%A2ncia%20psiqui%C3%A1trica%20no%20territ%C3%B3rio%20nacional>> Acesso em: 16 abr. 2024.

- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto presidencial 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a política nacional sobre drogas.** 2019g. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)> Acesso em: 16 abr. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016a. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm)> Acesso em: 24 mai. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez 2017a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>> Acesso em: 4 mai. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019f.** Disponível em: <[http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota\\_tecnica\\_-\\_esclarecimentos\\_sobre\\_as\\_mudancas\\_da\\_politica\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf)> Acesso em: 25 mai. 2024.
- BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais.** *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, [S.l.], v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/343>> Acesso em: 15 abr. 2024.
- BOARINI, M. L. **Desafios na Atenção à saúde mental.** 2 ed. ed. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2011.
- CAMPBELL, F. **Contours of Ableism: The Production of Disability and Aabledness.** London: Palgrave Macmillan, 2009.
- CASTRO, R. **Pele negra, jalecos brancos: a trajetória de médicas negras no Brasil.** Salvador: EDUFBA, 2021.
- CARLAN, C. U. **Os museus e o patrimônio histórico: uma relação complexa.** In: *História*, vol. 27, n. 2. Franca:2008.
- CARNIEL, F.; RUGGI, L.; RUGGI, J. de O. Gênero e humor nas redes sociais: a campanha contra Dilma Rousseff no Brasil. *Opinião Pública (UNICAMP)*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 523–546, 2018.
- CARNIEL, F. e MELLO, A. G. de. **Quem escreve pela deficiência no pensamento social brasileiro?** *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 11, n. 2, pp. 490-505, 2021.
- CARNIEL, F.; RUGGI, L.; RUGGI, J. DE O.. **Gênero e humor nas redes sociais: a campanha contra Dilma Rousseff no Brasil.** *Opinião Pública*, v. 24, n. 3, p. 523–546, set. 2018.
- CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social – Problemas Brasileiros de Saúde Mental.** Rio de Janeiro e São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.
- COSTA, G. S.; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 490–495, 2010.
- CONNELL, R. W. (1995). **Masculinities.** Berkeley: University of California Press.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Brasília: CFP, 2022. 160 p. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/referencias-tecnicas\\_caps.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/referencias-tecnicas_caps.pdf). Acesso em: 28 setembro 2024.

- CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-23, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00175
- CRUZ, N. F. DE O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.
- DAS, V. **Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press, 1999
- DAS, V. **Affliction: health, disease, poverty**. New York: Fordham University Press, 2015.
- ELIA, D. et al. Desafios da saúde mental. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**, p. 159–172, 2018.
- FERREIRA, M.; CARVALHO, M. Estigma Associado ao Transtorno Mental: uma Breve Reflexão sobre as suas Consequências. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, n. 6, p. 192–201, 2017.
- FUNDEP, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudo de sociologia**, v. 1, n. 18, 2012.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, tradução e apresentação de Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. **Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **8 de março: maioria na saúde, mulheres ainda sofrem com desigualdade de gênero**. Observatório dos Técnicos em Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/8-de-marco-maioria-na-saude-mulheres-ainda-sofrem-com-desigualdade-de-genero>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X. Saúde mental em tempos de crise: aumento das situações de sofrimento mental, erosão da política e reversão conservadora. **Argumentum**, v. 15, n. 3, p. 5–9, 2023.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Tradução de Fátima Costa. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- GUEDES, A. M. **Violência Manicomial: a Psiquiatria Na Repressão Durante a Ditadura Civil-Militar no Brasil**. [s.l.] Universidade Federal Fluminense, 2019.
- HARAWAY, D. J. **O manifesto ciborgue e outros ensaios**. Tradução de Rosana de Azambuja. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2000.
- HIRATA, H. **O cuidado: teorias e práticas**. Tradução de Monica Stahel. São Paulo: Boitempo Editorial, 2022.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cianorte/panorama> > Acesso em: 05 mai. 2024.
- JESUS, Ingrid Joyce Almeida de. **Proposta arquitetônica de um CAPS para o município de Frei Paulo-SE**. Laranjeiras-SE: Universidade Federal de Sergipe, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Sergipe.
- KINOSHIRA, R. T. **Autopoiese e reforma psiquiátrica**. 1 ed. ed. [s.l.] Hucitec, 2015.
- KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books. 1988

- KYRILLOS NETO, F.; LENZ DUNKER, C. I. Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 3, p. 952–974, 2017.
- LIMA, S. A. **Dependência química e o tratamento em comunidades terapêuticas**. [s.l.] Universidade Estadual de Maringá, 2023.
- LOPES, P. Deficiência como categoria analítica: Trânsitos entre ser, estar e se tornar. **Anuário Antropológico**, v. v.44 n.1, p. 67–91, 2019.
- LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.
- LUZIO, M. A. Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org). **Desafios na atenção à saúde mental**. 2 Ed. EDUEM, 2011.
- MALUF, S. W.; ANDRADE, A. P. S. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509–1518, 2016.
- MERHY, E. E. **Em busca do cuidado: o trabalho em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. **Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: . Acesso em: 10 nov. 2015.
- MOL, A. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. London: Routledge, 2008.
- NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, supl., p. 94–101, 2007.
- SCHIOCHET, M. **Espaços, hospitalidades e políticas públicas: uma etnografia do CAPS AD III de Blumenau/SC**. 2019. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde mental: fortalecendo nossa resposta**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 14 jun. 2024.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. Mental health in Brazil: Strides, setbacks, and challenges. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 11, 2019.
- QUIJANO, A. Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina. **A colonialidade do saber. Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino- americanas**, p. 227–278, 2005.
- SCHIOCHET, M. **Espaços, hospitalidades e políticas públicas: uma etnografia do CAPS AD III de Blumenau/SC**. 2019. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.
- SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil**. 6 ed. ed. São Paulo: SCHWARCZ LTDA, 1993.
- SEIDLER, Z. E., DAWES, A. J., RICE, S. M., OLIFFE, J. L., DHILLON, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, 220, 133–144.
- SILVA, R. M. N. C. **Precariedades oportunas, terapias insulares – Economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica**. 2018. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- SILVA, B. L.; SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos

retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, v. 23, n. 1, p. 99, 2020.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

STEPAN, N. L. “A hora da eugenia”: Raça, Gênero e Nação na América Latina. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 131, p. 515–518, 2007.

TARELOW, G. Q. **Entre comas febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923 – 1937)**. Santo André: UFABC, 2013.

INGOLD, T. (2011). **Being Alive: Essays on Movement, Knowledge and Description**. Routledge.

TRONTO, J. C. **Moral boundaries: a political argument for an ethic of care**. New York: Routledge, 1993

VENÂNCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. suppl 1, p. 35–52, 2011.

YASUI, S. **Rupturas e encontros com desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 22 ed. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.