



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS:
UMA CARTOGRAFIA**

Londrina - Paraná
2024

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS: UMA CARTOGRAFIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Regina Melchior

Londrina-Paraná
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C198c Campos, Lauane Rafaela de Brito .
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: Uma cartografia / Lauane Rafaela de Brito Campos. - Londrina, 2024.
60 f. : il.

Orientador: Regina Melchior.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental - Tese. 2. Centro de Atenção Psicossocial - Tese. 3. Reforma Psiquiátrica - Tese. 4. Política Pública de Saúde Mental - Tese. I. Melchior, Regina. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS: UMA
CARTOGRAFIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a). Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof(a). Dr(a). Ana Lucia De Grandi
Universidade Estadual do Norte do Paraná -
UENP

Prof(a). Dr(a). Rossana Staevie Baduy
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, ____ de _____ de ____.

Para Danilo, meu irmão, com todo meu amor.

E com saudades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo sustento. Agora e sempre.

Às mulheres da minha vida: minha mãe, minha vó e minha irmã. Sem elas, tudo o que foi difícil teria sido, certamente, impossível.

À minha orientadora, Profa. Dra. Regina Melchior, pela paciência comigo em meus tropeços, pela bondade e generosidade ao longo deste caminho.

Às queridas Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes e Profa. Dra. Rossana Staeve Baduy, pelas generosas contribuições a este trabalho.

À Profa. Dra. Ana Lucia De Grandi e à Profa. Dra. Thalita Marandola, pela disponibilidade e pelo entusiasmo em falar deste tema.

À Profa. Dra. Brígida Gimenez de Carvalho e Profa. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça, que conduziram o Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva de forma humana e comprometida.

Aos colegas de turma e aos professores, bem como ao grupo de pesquisa *Trabalho e Cuidado em Saúde*, por compartilharem tanta vida neste percurso!

À mim mesma, por não ter desistido quando parecia impossível continuar.

À CAPES, pelo financiamento que tornou possível este trabalho, e que, da mesma forma, torna possíveis tantos outros na construção da produção científica brasileira.

*Longe se vai
Sonhando demais
Mas onde se chega assim?*

Caçador de mim – Canção interpretada por Milton Nascimento

CAMPOS, Lauane Rafaela de Brito. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: Uma cartografia**. 60 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

O panorama que temos hoje no que se refere à política pública e ao entendimento - mais ou menos coletivo - do campo da Saúde Mental é fruto de um processo cujas raízes históricas e políticas podem ser encontradas em uma série de acontecimentos que, articulados e entrelaçados com a efervescência do período de redemocratização e principalmente com a Reforma Sanitária, fundaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil. De toda uma série de acontecimentos históricos para o cenário da Luta Antimanicomial, a criação do primeiro CAPS do país, chamado de Professor Luís da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo, foi o grande marco da concretização da nova proposta de atendimento à saúde mental. A partir de então, o CAPS passou a figurar como elemento central na organização do novo modelo de atenção à saúde mental, até os dias atuais. Esta pesquisa qualitativa, de abordagem cartográfica, teve por objetivo mapear a relação entre a oferta de serviços do CAPS e a necessidade dos usuários, trazendo para a análise a afetação do sujeito-pesquisador quando do encontro com seu objeto-pesquisado. Os resultados, a começar pela análise da dificuldade de acesso ao campo para realizar da pesquisa, passando pela observação das relações entre os atores desta cena e chegando, finalmente, à observação e escuta dos usuários, apontaram uma multiplicidade de fatores que, na constituição do serviço, podem constituir barreiras em vez de instituir cuidado em saúde: a insuficiência numérica do serviço diante da demanda; o arranjo escolhido pela gestão para a organização do serviço; o esvaziamento da proposta terapêutica do CAPS. Apesar, destas barreiras, no entanto, foi possível perceber que *o encontro* é o verdadeiro *locus* de produção de cuidado, pois neste espaço, a despeito dos entraves da macropolítica, é possível estabelecer vínculo, reconhecer e recolher os afetos que se organizam sob a forma de discurso e de demanda e organizar uma oferta, qualquer que seja ela, pensada e dirigida para aquela necessidade de saúde que se apresenta.

Palavras-chave: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

CAMPOS, Lauane Rafaela de Brito. **Psychosocial Care Center - CAPS: A cartography**. 60 pages. Dissertation (Master's in Collective Health) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

The panorama we have today with regard to public policy and the understanding - more or less collective - of the field of Mental Health is the result of a process whose historical and political roots can be found in a series of events that, articulated and intertwined with the effervescence of the redemocratization period and especially with the Health Reform, founded the Psychiatric Reform in Brazil. Of a whole series of historic events for the Anti-Asylum Struggle scenario, the creation of the country's first CAPS, called Professor Luís da Rocha Cerqueira, inaugurated in 1987 in the city of São Paulo, was the major milestone in the realization of the new mental health care proposal. From then on, the CAPS has been a central element in the organization of the new mental health care model to this day. The aim of this qualitative research, using a cartographic approach, was to map the relationship between the services offered by the CAPS and the needs of its users, bringing to the analysis the affectation of the subject-researcher when meeting his research object. The results, starting with the analysis of the difficulty of accessing the field to carry out the research, then observing the relationships between the actors in this scene and finally observing and listening to the users, pointed to a multiplicity of factors which, in the constitution of the service, can constitute barriers instead of instituting health care: the numerical insufficiency of the service in the face of demand; the arrangement chosen by the management for the organization of the service; the emptying of the CAPS' therapeutic proposal. Despite these barriers, however, it was possible to see that the meeting is the true locus of care production, because in this space, despite the obstacles of macro-politics, it is possible to establish a bond, recognize and collect the affections that are organized in the form of discourse and demand, and organize an offer, whatever it may be, designed and directed towards the health need that presents itself.

Keywords: Mental Health; Mental Health Services; Psychiatric Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Série Histórica da expansão dos CAPS no Brasil	29
Figura 2 – Diagrama de fluxo básico de um serviço de saúde	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Desagregação dos gastos em saúde mental de 2001 a 2009	24
Quadro 2 – Componentes e pontos de atenção da RAPS	26
Quadro 3 – Descrição das modalidades de CAPS e suas especificidades	28
Quadro 4 – Taxonomia das necessidades de saúde.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
EICOS	Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social
eMASESM	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
HD	Hipótese Diagnóstica
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO: A PRÉ-HISTÓRIA DESTA PESQUISA	15
2. INTRODUÇÃO	20
2.1 Passos na consolidação da Reforma Psiquiátrica	20
2.2 O financiamento como <i>um</i> elemento de viabilidade da proposta.	22
2.3 Do emaranhado histórico à tessitura de uma rede	24
2.4 No bordado da rede, um ponto especial: CAPS	27
3. PERSPECTIVA METODOLÓGICA	30
3.1 O referencial	30
3.2 O percurso de incursão no campo e a mudança na rota da pesquisa.....	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 O desconforto como um analisador	35
4.2 A insuficiência numérica do serviço: uma dificuldade macropolítica para a efetivação da proposta terapêutica do CAPS ...	39
4.3 A proposta terapêutica e a fabricação do cuidado	42
5. CONSIDERAÇÕES.....	48
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS.....	54
ANEXO A – Autorização Definitiva de Pesquisa.....	55
ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	56

1. APRESENTAÇÃO: A PRÉ-HISTÓRIA DESTA PESQUISA

A ideia de propor um trabalho que abordasse, de alguma forma, a relação do usuário com o serviço ofertado pelo CAPS nasceu da inquietação vivida quando eu estava psicóloga de um hospital geral secundário, em um município da região. Vivíamos, naquele momento, o auge da Pandemia e, para além de todo caos decorrente das internações e mortes causadas pela Covid-19, o hospital continuava recebendo todo tipo de demanda que seria esperada em um cenário “normal”.

Embora àquela altura eu não fosse recém formada e já tivesse a experiência de uma residência e de um trabalho público na Política de Assistência Social, além da vivência clínica, a dinâmica do hospital era uma experiência absolutamente inédita para mim. O hospital parecia tão debutante quanto eu: apesar de ter tido psicólogos em momentos alternados, a instituição não tinha nenhuma orientação ou formalização sobre aquele trabalho. Ouvi algumas vezes, inclusive, que não havia demanda para a Psicologia na assistência, e que a maior preocupação da instituição era com o RH, tarefa que, aliás, eu também fazia. E odiava.

Passados alguns meses da minha contratação, a maior parte do meu tempo já era dedicada à assistência. Como o hospital não tinha fluxo definido (porque, supostamente, não tinha demanda), segui a lógica de trabalho da assistente social que dividia sala comigo e a quem eu devo todo o aprendizado que tive durante o período em que estive ali. Os atendimentos começaram, então, a ser feitos a partir da solicitação da equipe médica (Pronto Socorro, Unidades de Internação e UTI) e do serviço social. Em pouco tempo as solicitações já partiam também da equipe de enfermagem e dos próprios pacientes.

Daquela demanda inexistente ao volume de pedidos de atendimento que eu atendia diariamente havia um abismo. Era um trabalho desafiador, porque era trabalhando que eu inventava um jeito de trabalhar. A única bússola que eu tinha e que sabia manusear, até então, era a ética que a Psicanálise me ensinou: há um sujeito em todo discurso. Assim, o que eu fazia era ouvir, deixar falar e, aí, tentar pensar em algo que pudesse ser feito. E acreditem-me: muitas vezes o que podia ser feito naquele contexto não era muito.

Dos casos que eu atendia, os mais difíceis eram aqueles cuja internação havia se dado por tentativa de suicídio. A primeira grande dificuldade era a de tentar

neutralizar a hostilidade e as falas moralistas que partiam da equipe médica e da enfermagem. Daí era preciso ouvir aquele indivíduo e, por fim, pensar no que fazer. Nesses casos, conforme me explicaram, como o hospital não tinha médico psiquiatra, o que se fazia era manter o paciente internado ali e solicitar, via central de leitos, uma vaga em hospital psiquiátrico “para avaliação”. Nós sabíamos que ninguém ia para um hospital psiquiátrico para ser avaliado. O fato é que os médicos internistas não queriam se comprometer com uma alta que, eventualmente, poderia acabar em outra tentativa e até mesmo na consumação do ato. Eu não deslegitimo o raciocínio deles. Sei que a maior preocupação, geralmente, era sobre agir com cautela para não correr o risco de ser responsabilizado por um desfecho negativo, mas sei que alguns deles também faziam isso para tentar dar ao paciente a “opinião de um especialista”.

É claro que esse jeito de fazer as coisas me incomodava, porque, com raras exceções, os pacientes transferidos para hospitais psiquiátricos não iriam se beneficiar em nada da internação. Mas ficava muito difícil reivindicar outra alternativa, porque parecia que não havia outra coisa a se fazer. A esta altura, alguém poderia questionar “Ah, mas e o CAPS?” Foi a primeira pergunta que me fiz. E as respostas foram absolutamente desanimadoras.

Nos casos de pacientes que eram internados com outras questões de saúde mental, com exceção das tentativas de suicídio, a equipe médica mostrava-se disposta a discutir comigo e com o paciente os encaminhamentos possíveis. Entretanto, nas histórias que esses pacientes contavam, geralmente apareciam experiências negativas com atendimento psicológico e/ou psiquiátrico prestado pelo CAPS. Muitas dessas experiências narradas soavam como uma leitura de ineficiência do serviço em relação às demandas que eles tinham para tratar. Isso me intrigava muito, porque, de alguma forma, essas pessoas estavam desassistidas em suas necessidades de saúde mental a ponto de serem internadas – mesmo que em um hospital geral – por demandas que poderiam ser gerenciadas ambulatorialmente. Algumas delas, inclusive, pediam para serem transferidas para um hospital psiquiátrico!

Quando os editais dos programas de pós graduação foram publicados eu já não estava mais trabalhando no hospital, mas aquele incômodo em pensar nas coisas que ouvi dos pacientes sobre o CAPS persistia. Eu já havia decidido que o mestrado em Psicologia não me interessava porque as linhas de pesquisa não

correspondiam a nada que despertasse meu interesse. Decidi, então que me inscreveria no programa de Saúde Coletiva com um projeto de tratasse de saúde mental. A soma do incômodo que eu havia experimentado no contato com aqueles relatos dos pacientes do hospital e o entendimento de que esse era, possivelmente, um tema de grande relevância, já que uma política pública deve cumprir os fins a que se destina, resultaram na ânsia por uma resposta objetiva: Os serviços do CAPS atendiam as necessidades em saúde mental dos usuários?

Pensando nisso escrevi um projeto cuja proposta metodológica era quantitativa, com aplicação de questionário estruturado, análise estatística e.... resultados concretos!

Na entrevista do processo seletivo ouvi de um professor da banca: “Você acha que sua metodologia dará conta de responder sua pergunta?” “Acho que sim!”, respondi. Passei.

Começaram as aulas e um universo maravilhoso se abriu diante de mim. Eu sabia que poderia gostar da área, mas fui surpreendida com uma satisfação maior do que eu esperava. Quando conheci minha orientadora e o grupo de pesquisa recebi a proposta-sugestão de transformar aquele meu projeto quantitativo em uma cartografia. Fiquei contrariada porque sabia que uma pesquisa qualitativa me levaria para um tipo de resposta diferente daquele que eu esperava alcançar, mas aceitei a aposta. O que eu não sabia era que a Cartografia pressupunha respostas ainda mais distantes daquelas que eu almejava.

Quanto mais eu ouvia sobre o tal *não-método* mais desesperada eu ficava. Psicóloga de formação, eu já havia eleito na faculdade a teoria em que minha compreensão dos fenômenos da subjetividade se ancorava. Freudiana com simpatia pela teoria de Lacan, parecia cada vez mais absurdo conjugar as coisas em que eu realmente acreditava com a filosofia de Deleuze e Guattari para produzir um trabalho. Achei que isso tivesse ficado para trás, na graduação, quando decidi que não queria nada com a Psicologia Social.

Várias vezes, ao observar os discursos apaixonados das pessoas no grupo de estudos, que falavam com os olhos brilhando sobre suas experiências cartográficas, eu pensava “Pra quem é enfermeira/fisioterapeuta/dentista é fácil pegar essa teoria e seguir, porque essa formação acadêmica é tecno-científica, não depende, necessariamente, de uma reflexão filosófica para se constituir”. Eu, por outro lado, já tinha uma concepção teórica sobre o desejo, sobre o inconsciente, sobre a produção de subjetividade... O que eu ia fazer com isso? O tempo foi

passando e eu precisava adaptar meu projeto a essa nova metodologia (ou *anti-metodologia*). E cada vez que eu alterava alguma coisa, para alcançar a coerência interna que se espera de um projeto de mestrado, eu me sentia mais e mais distante das respostas que queria descobrir. Mas, como havia topado seguir esse caminho, não dava para voltar atrás. E aqui estou eu.

Devo dizer que a construção deste trabalho foi absolutamente desorganizadora para mim. A esta altura, como disse recentemente no grupo de pesquisa, eu esperava estar com meus resultados apresentados em gráficos e tabelas, com análises estatísticas que me permitissem algum tipo de extrapolação... Algumas pessoas, ao longo do processo, se espantavam “Mas você, psicóloga, como essa vontade de fazer pesquisa quantitativa?” E, realmente, parece um contrassenso. Acontece que a desorganização que venho experimentando me fez perceber que a forma como propus meu trabalho pode ter sido uma tentativa de contornar o excesso de subjetividade com que eu lido cotidianamente no meu fazer-de-psicóloga.

Durante esses quase dois anos de mestrado eu descobri também que muitas das dificuldades relativas a tarefas acadêmicas que eu tenho desde o ensino médio não são compartilhadas por todo mundo, conforme eu pensava. Levar duas horas para ler quatro páginas (voltando do começo toda hora), por exemplo, não acontecia porque Freud é difícil de entender (embora possa ser por isso também), mas porque meu funcionamento e processamento cognitivo-emocional parece estar no campo da neurodivergência, com o nome de TDAH.

O saldo parece ser positivo, afinal. Apesar da angústia do processo, além desta dissertação, que é o produto concreto destes dois anos, experimentei a possibilidade de descobrir coisas sobre mim que, sem dúvida, me ajudarão a caminhar com o passo mais advertido e, quiçá, mais firme.

Apresento, portanto, este trabalho como a minha tentativa de compreender, em alguma medida, a relação que se estabelece entre o usuário do serviço de saúde mental e o CAPS: O que o CAPS oferece contempla as necessidades daqueles a quem se destina? Veremos.

Justificada pelo fato de que a cartografia pressupõe um pesquisador implicado, todo o exposto até aqui tem o intento de aproximar a produção que se segue da pessoa que eu sou, o que, talvez, ajude na compreensão das vias pelas quais escolhi transitar.

Por último, mas não menos importante, o título deste trabalho “Centro de Atenção Psicossocial: Uma Cartografia” não foi escolhido genericamente. Considerando a imensa variação possível na interpretação de um fenômeno, e partindo justamente da ideia do pesquisador implicado, afetado pela experiência, esta é uma cartografia dentre as tantas que seriam possíveis. *Uma* cartografia: a que eu pude produzir.

2. INTRODUÇÃO

O panorama que temos hoje no que se refere à política pública e ao entendimento - mais ou menos coletivo - do campo da Saúde Mental é fruto de um processo cujas raízes históricas e políticas podem ser encontradas em uma série de acontecimentos que, articulados e entrelaçados com a efervescência do período de redemocratização e principalmente com a Reforma Sanitária, fundaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil (Pitta, 2011).

A estreita relação existente entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica fica mais evidente a partir de uma análise do *zeitgeist*, isto é, a partir de uma visão ampliada da cena sócio-política daquele momento: a retomada do estado democrático, ensejando um reposicionamento social, possibilitou a articulação popular – talvez a mais importante e frutífera do cenário nacional até os dias de hoje; deste modo, a Reforma Sanitária constituiu-se não apenas como proposição de política pública, mas como *Reforma Social* (Paim, 2013 - itálico do autor).

É na esteira da compreensão da Reforma Sanitária desde este lugar de acontecimento cujos desdobramentos foram estruturais e estruturantes, que Paim (2013) cunha o termo *ideia-proposta-projeto-movimento-processo* (itálico meu), neologismo que clarifica as dimensões do objeto que descreve, possibilitando a compreensão condensada, mas não simplista, de algo tão múltiplo. Amarante e Nunes (2018) sugerem que o Movimento da Reforma Psiquiátrica também poderia ser analogamente descrito e interpretado a partir do neologismo de Paim.

Hirdes (2009) faz uma observação importante sobre a característica intermitente da RP: sua dinâmica evolutiva, por assim dizer, é marcada por hiatos entre os períodos em que há avanços importantes, tanto no debate público e na compreensão do tema quanto na esfera concreta, das proposições, implantações e atualizações das políticas e serviços de saúde mental.

2.1 Passos na consolidação da Reforma Psiquiátrica

As primeiras movimentações - manifestações polifônicas - no sentido de denunciar publicamente as condições precárias que caracterizavam os serviços de psiquiatria, datam da década de 70 e marcam o início da organização coletiva que, mais tarde, encaminharia os rumos da RP. Destas manifestações podemos destacar

a fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído em 1978, cujas atividades foram importantes para o início do debate que tratava da necessidade de reestruturação dos serviços de saúde mental. O II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru-SP no ano de 1987, propôs o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, formalizando um salto qualitativo no objetivo do movimento que vinha, até então, se orientando pela melhoria dos serviços existente a partir dali, a movimentação coletiva relativa ao campo da saúde mental passa a buscar a reformulação radical da estrutura dos serviços, constituindo o movimento da Luta Antimanicomial (Amarante; Nunes, 2018; Brasil, 2005; Ribeiro, 2004).

Este reposicionamento do discurso empreendido pelo MTSM e pelos atores sociais que comungavam da causa foi o ponto de partida para o estabelecimento da orientação do movimento:

Não se trata mais de aperfeiçoar ou melhorar as estruturas existentes (ambulatórios e hospitais psiquiátricos), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, exigindo, assim, uma rediscussão da clínica psiquiátrica em suas bases. O objetivo maior passa ser substituir uma saúde mental centrada no hospital por outra, sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial, rompendo-se definitivamente com o modelo sanitarista. (Ribeiro, 2004 p. 95)

O acontecimento inaugural desta nova orientação do campo da saúde mental Brasileira foi a criação do primeiro CAPS do país, chamado de Professor Luís da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo, ocupando o espaço antes destinado à Coordenadoria de Saúde Mental; o local passou a oferecer acolhimento aos ex-pacientes de instituições psiquiátricas e propor serviços substitutivos para esta demanda, dentro das novas concepções em saúde mental (Ribeiro, 2004). Em seguida, ainda no ano de 1989, acontece no município de Santos-SP uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico cujas práticas de maus tratos eram bastante conhecidas. Os bons resultados desta intervenção somados à implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento 24h, e da organização de residências para os pacientes que haviam sido desinstitucionalizados, se consolidaram como marco na RP, uma vez que, projetando para o cenário nacional a boa experiência ocorrida em Santos-SP, demonstraram que a organização de saúde mental proposta como substituta do modelo manicomial era uma realidade ao alcance Neste mesmo ano, foi apresentado ao Congresso o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG),

que tratava dos direitos das pessoas com transtornos mentais e de um plano de extinção dos hospitais psiquiátricos no país (Brasil, 2005). O projeto em questão versava sobre três pontos: 1) o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos financiados com verba pública; 2) o direcionamento de recursos públicos para implementação de formas de atendimento não manicomial; 3) a comunicação das internações compulsórias ao judiciário, que deveria atestar a legalidade - ou não - da ação (Tenório, 2002).

Aprovada na Câmara, proposição do Deputado Paulo Delgado chega ao Senado em janeiro de 2000. No embate da votação foi aprovado um texto controverso sobre a matéria da proposta original: de autoria do Senador Sebastião Rocha, a versão apresentada estava muito menos alinhada com os pressupostos da RP, afrouxando a questão da regulação das internações e autorizando a construção de novos hospitais psiquiátricos e contratação de mais leitos. O texto de Rocha volta à Câmara e, felizmente é aprovado com a supressão do artigo que autorizava a construção de novos hospitais psiquiátricos e contratação de novos leitos. Assim, 12 anos após o início da movimentação legislativa no sentido formalizar as demandas da RP, é aprovada a Lei Paulo Delgado 10.216 de 6 de abril de 2001 (Tenório, 2002; Brasil, 2005; Costa *et al.*, 2011).

Apesar o hiato que se estabeleceu entre a apresentação do texto original e a aprovação da referida Lei, o processo foi de extrema importância para de balizar outras propostas sobre o tema no âmbito estadual, de modo que oito unidades federativas elaboraram e aprovaram leis sobre a regulação da assistência psiquiátrica em consonância com o pressuposto da transição do modelo de assistência (Tenório, 2002).

A conjunção da publicação da Lei 10.216/2001 com a realização, naquele mesmo ano, do III Congresso Nacional de Saúde Mental, põe em marcha, efetivamente, a transição no modelo de atenção à saúde mental, com os primeiros acenos da definição de financiamento específico para ações e serviços em saúde mental no orçamento da saúde pública e mudança na lógica de alocação dos recursos públicos nesta área, de acordo com as proposições da RP (Brasil, 2005).

2.2 O financiamento como *um* elemento de viabilidade da proposta

O movimento de reorganização do campo da saúde mental no Brasil pode ser observado, em alguma medida, pela análise da transição dos investimentos, notadamente a partir de 2001.

A busca dos dados necessários para a construção de séries históricas referentes ao tema, tanto no que diz respeito ao financiamento específico quanto à caracterização do tipo de serviço oferecido, enfrenta dificuldades, como a falta de uma base de dados estável e unificada e a variação ou mesmo divergência na interpretação dos dados divulgados por meios oficiais, como é o caso das informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. A estes entraves, Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) acrescentam como complicador na elaboração de uma interpretação comparativa a complexidade que resulta da gestão compartilhada do financiamento os serviços de saúde entre os entes federados. Por esta razão, os dados usados na breve exposição a seguir referem-se o âmbito do governo federal e seu respectivo orçamento.

O trabalho de Almeida (2019) mostra a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos no ano de 2001 eram 53.962, passando para 25.988 em 2014, o que representa uma redução de 27.974 leitos em 14 anos (média de 1900 leitos a menos por ano, no período). Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021) mostram que em 2021 o número de leitos em hospitais psiquiátricos havia caído para 13.240, divididos em 109 hospitais psiquiátricos do país. Em termos de distribuição destes leitos no território nacional, temos os estados de São Paulo, Paraná e Rio de Janeiro com a maior concentração: 4.354, 1.667 e 1.225 leitos, respectivamente. O estado com menor número é o Amazonas, com 28 leitos. De acordo com os dados, os estados do Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins não possuem hospitais psiquiátricos, sendo sua atenção à saúde mental, quando hospitalar, prestada por hospitais gerais; nos estados do Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Rondônia e Roraima não há reserva de leitos para atendimento às demandas de saúde mental em hospitais gerais, sendo o hospital psiquiátrico a única opção de tratamento, quando hospitalar. O estado do Amapá não dispõe de leitos hospitalares de qualquer tipo para atendimento à saúde mental.

Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) fazem uma construção interessante para a análise da evolução dos gastos federais em saúde mental no período de 2001 a 2009, em uma apresentação que divide os gastos em hospitalares e extra-hospitalares. Em síntese, os resultados apontam para um crescimento no gasto total

em saúde mental, o que também aparece quando aplicada a desagregação dos gastos em categorias específicas; no período analisado houve redução dos gastos hospitalares e aumento expressivo dos gastos extra-hospitalares. Além da minuciosa descrição do procedimento utilizado para os cálculos do estudo em questão, os autores trazem, também, um detalhamento dos componentes elencados em cada categoria (gasto extra-hospitalar e hospitalar), conforme o Quadro 1, a seguir, que nos interessa especialmente para compreender a complexidade da montagem de rede e da oferta de serviços em comparação à oferta da perspectiva hospitalar:

Quadro 1 – Desagregação dos gastos em saúde mental de 2001 a 2009

Categoria	Descrição
Gasto Extra-Hospitalar	Medicamentos excepcionais, medicamentos essenciais; psicodiagnóstico; consulta em psiquiatria; terapias em grupo; terapias individuais; hospital-dia; oficinas terapêuticas; esidências terapêuticas; Centros de Atenção Psicossocial; acompanhamento deficiência mental ou autismo; incentivo financeiro para implantação dos CAPS; incentivo financeiro para implantação de Residências Terapêuticas; incentivo para inclusão social; programa de Volta para Casa; incentivo para qualificação dos CAPS; pesquisa e outros.
Gasto Hospitalar	Procedimentos hospitalares psiquiátricos; procedimentos internação álcool e drogas; tratamento em hospital geral; serviços de referência álcool e drogas.

Fonte: Elaboração do autor, 2022.

A descrição detalhada dos gastos componentes das grandes categorias evidencia uma característica fundamental: a complexidade da rede de serviços em saúde mental quando se trata de atenção extra-hospitalar, não apenas pelo número de itens financiados, mas pela diversidade e especificidade dos mesmos. Observação semelhante foi feita por Ribeiro e Inglez-Dias, 2011.

2.3 Do emaranhado histórico à tessitura de uma rede

A partir de 2001, com a promulgação da Lei 10.216, a criação, organização e gestão dos serviços públicos de saúde passou a compor uma rede que, até os dias atuais, vem sendo formulada, estruturada e documentada, com o objetivo de alcançar um cuidado ordenado e integrado, em nível crescente de complexidade (Sampaio; Junior, 2021; Garcia; Reis, 2018). Essa estruturação passou, a partir do Decreto 7.508 de 2011 a ser denominada Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Garcia; Reis, 2018).

Foi de acordo com este modelo organizativo que, em 2011, a Portaria 3.088 estabeleceu que os serviços de saúde mental passassem a operar também de forma contínua, como rede temática e prioritária; cria-se assim a Rede Atenção Psicossocial (RAPS) (Lima; Guimarães, 2019). Em termos de estrutura, a RAPS é dividida em componentes que são contemplados em diversos pontos da rede de saúde, de acordo com a especificidade e complexidade da demanda; são componentes da RAPS serviços da atenção básica, urgência e emergência, atendimento especializado e dispositivos de socialização e reabilitação social (Garcia; Reis, 2018).

Entre os principais objetivos da RAPS, ao articular diversos pontos de atenção em diferentes níveis de complexidade, estão a ampliação do acesso da população à atenção psicossocial e a qualificação do cuidado, à medida que a organização da rede favorece a articulação dos pontos de atenção no território (Amarante; Nunes, 2018; Sampaio; Junior, 2021). De acordo com o quadro abaixo, é possível observar que a proposta da RAPS coloca a atenção em saúde mental não como um serviço ou sistema isolado, como comumente se pensa (ou se quer fazer acreditar), mas como uma demanda de saúde que, embora específica precisa, como outras demandas de saúde estar incluída nas práticas das várias modalidades de atenção, conforme podemos observar no Quadro 2:

Quadro 2 - Componentes e pontos de atenção da RAPS

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde.
	Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório).
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
	Centro de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial	CAPS I
	CAPS II
	CAPS III
	CAPS AD
	CAPS AD III
	CAPS i
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
	Sala de Estabilização.
	Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto-Socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto.
	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral.
	Serviço Hospitalar de Referência.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico.
	Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de trabalho e Renda.

Fonte: Garcia e Reis, 2018 (p.26)

2.4 No bordado da rede, um ponto especial: CAPS

Dentre os recursos presentes na estrutura da RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupam lugar de destaque, uma vez que se configuram como estratégia substancial para a realização daquilo que se desenhou como política de saúde mental, a partir da convergência dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, em se tratando de serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos (Silva; Lima; Ruas, 2018; Costa *et al.*, 2011; Almeida, 2019; Brasil, 2005).

A proposta de trabalho a partir do fundamento da desinstitucionalização, e mais, do oferecimento de um atendimento substitutivo que, de fato, se orientasse para um tratamento de qualidade, já estava presente desde o início, conforme escreve Pitta (2011, p.4584):

O CAPS Luis Cerqueira nasce em 1987 e é identificado como “marco inaugural” de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada” que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. Tal clínica teve na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento.

A partir dos marcos regulatórios (Lei 10.216/2001 e Portaria 3.088 de 2011), o lugar do CAPS enquanto um dos dispositivos da RAPS e seu escopo de ação passaram a ser propostos e interpretados a partir de uma organização sistemática, conforme o Quadro 3.

De acordo com o documento Instrutivo Técnico do Ministério da Saúde:

Embora se diferenciem em porte e tipologia, todos devem atender aos casos clínicos e psicossociais de maior complexidade, independentemente da Hipótese Diagnóstica (HD), sendo indicado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles associados ao uso de álcool e outras drogas, que necessitem de diferentes intervenções e estratégias como a “permanência dia” e “permanência noite”, esta última, apenas nos Caps III e IV, que funcionam 24 horas. Os Caps diferenciam-se dos ambulatórios especializados/eMAESM pela intensidade das intervenções e do perfil de gravidade dos pacientes assistidos. Tal característica impõem que as equipes estejam disponíveis em tempo integral; tendo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como eixo norteador do processo de cuidado tanto no Caps como na Raps. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo I, II, e III, também integram este componente da Raps e se diferenciam em seu porte considerando a composição e a carga horária das equipes, constituídas por médico(a) psiquiatra, psicólogo(a) e assistente social. Essas equipes não exigem

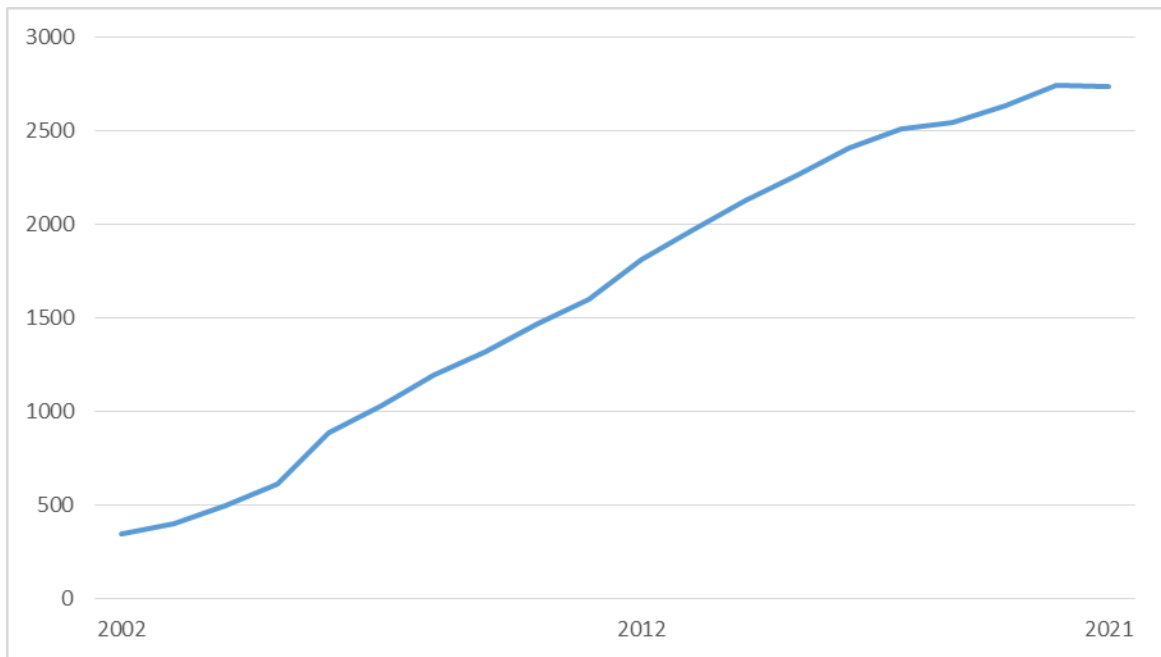
construção ou abertura de novos serviços, podendo ser cadastradas em hospitais (Hospitais Gerais, Clínicas e Ambulatórios (preexistentes ou novos; com múltiplas especialidades ou exclusivamente para saúde mental). (Brasil, 2021)

Quadro 3 – Descrição das modalidades de CAPS e suas especificidades

Características	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSAAd
Cobertura populacional	20 a 70 mil habitantes	70 a 200 mil habitantes	200 mil ou mais habitantes	100 mil ou mais habitantes	100 mil ou mais habitantes
População-alvo	Adultos com transtornos severos e persistentes	Adultos com transtornos severos e persistentes	Adultos com transtornos severos e persistentes	Crianças e adolescentes com transtornos mentais	Adolescentes e adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas
Disponibilidade	Diurna – 5 dias	Diurna – 5 dias	24 horas	Diurna – 5 dias	Diurna- 5 dias
Carteira de serviços, Intervenção territorial e intersetorial e Suporte aos pacientes	Atendimento Individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/ inserção social e refeições	Idem Caps I	Idem Caps I e II, mais leito para internação por no máximo 7 dias consecutivos ou 10 dias intercalados no período de 30 dias	Idem Caps I e II, mais ações intersetoriais com educação, assistência, justiça	Idem Caps I e II, mais atendimento de desintoxicação
Equipe mínima	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível técnico	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível técnico	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível técnico	1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em SM 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra + 1 médico clínico 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio

Fonte: Costa *et al.*, 2011

No que se refere à transição de modelo terapêutico, o CAPS se destaca não apenas por sua proposta, mas também por ser um exemplo emblemático da ampliação da rede extra-hospitalar para as demandas de saúde mental. Ao longo de quase duas décadas as unidades de CAPS distribuídas pelo país aumentou algo em torno de 800%, conforme a Figura 1:

Figura 1: Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil

Fonte: Baseado em Brasil, 2021.

A observação da série histórica do número de CAPS no Brasil, que passou de 342 unidades em 2002, para 2742 em 2021, em conjunto com a redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos acenam como indicativo de relevante contribuição do governo no movimento de inversão do modelo de atenção à saúde mental.

3. PERSPECTIVA METODOLÓGICA

3.1 O referencial

A relação pesquisador e objeto a ser pesquisado constitui um ponto delicado e tenso na produção do conhecimento, nos diferentes campos e áreas do saber. De forma frequente, a direção do trabalho investigativo centra-se em processos de desimplicação e afastamento do objeto a ser pesquisado, por quem o pesquisa. Esta forma do fazer científico reconhece e assegura a importância de uma dada neutralidade do pesquisador neste processo; mais que isso, afirma um caminho de produção de generalizações e verdades universais sobre o objeto. Entretanto, podemos reconhecer outros caminhos e modos de produção de conhecimento que incluem o pesquisador e o objeto em um mesmo processo, indo além em uma produção intrínseca e intercessora. Pesquisador/objeto não se diferenciam na construção e no fazer investigativo. (Gomes *et al.*, 2014, p. 25)

Duas ideias me ocorrem, invariavelmente, quando penso em pesquisa científica: 1) é condição de saída ter um método adequado, bem estruturado, cujas etapas estejam definidas e com soluções previamente estabelecidas para os percalços que podem, eventualmente, surgir; 2) é imprescindível uma base epistemológica coerente, para não correr o risco de conjugar alhos com bugalhos.

E foi assim, a partir desta concepção, que, na construção deste trabalho, por diversas vezes eu tentei fazer minha proposta caber no universo dessas duas premissas. Lembro-me de, certa vez, escrever para minha orientadora dizendo que eu estava enlouquecendo ao tentar começar a escrita da dissertação: “Eu pretendo falar sobre a cartografia, mas, quando vejo, já dei tantos passos atrás que estou falando sobre filosofia da ciência”. Escrevi a mensagem enquanto olhava dois livros em cima da mesa de estudos: Tomas Kuhn e Carl Popper.

O movimento que eu estava fazendo era mais do que simplesmente a tentativa de traçar um caminho histórico-lógico para a apresentação de minha *metodologia*, era, antes, uma expressão em mim da resistências às formas não hegemônicas de produção de conhecimento. Aqui, não por acaso, me ocorria, constantemente, um trecho da música *Sampa*, de Caetano Veloso: “*É que Narciso acha feio o que não é espelho / E à mente apavora o que ainda não é mesmo velho (...)*”

A busca que eu empreendia naquele momento não era pelo entendimento da cartografia e de seus pressupostos, mas de algum paralelo entre as coisas novas que se me apresentavam e as coisas que eu já conhecia e que julgava compreender.

Aos poucos, para além da assimilação intelectual, fui conseguindo acomodar nos meus afetos a existência e a *validade* de epistemes múltiplas, e não necessariamente excludentes entre si. Assim, foi possível compreender que coexistem, neste mundo em que produzimos discursos sobre as coisas, formas de produção de conhecimento que se sustentam na premissa da neutralidade, da distância segura entre o objeto e o pesquisador, e há produções que partem de outros lugares, como este nosso arcabouço, que aposta, justamente, na afetação produzida no encontro (Gomes *et al.*, 2014).

Rolnik (2011), naquilo que chamou de *definição provisória*, apresenta a cartografia como uma espécie de mapa vivo, um desenho que se faz a parti da observação - e da vivência - de uma dada paisagem. Ao dizer que a cartografia é um mapa vivo, assumimos que ela é, sim, um mapa, à medida em que se dá como uma representação de determinado território, mas é um mapa que não coincide com as representações estáticas dos mapas tradicionais que conhecemos. Isso porque a cartografia pressupõe a captura do movimento inerente à existência dos *territórios subjetivos*, que estão em constante mudança. Parece-me, portanto, adequado pensar no mapa cartográfico mais como um filme em câmera lenta do que em uma fotografia.

A paisagem que a cartografia propõe representar-apresentar é uma conjugação das linhas estáticas que determinam o contorno duro dos territórios com as linhas fluidas das subjetividades que se atravessam e que dão à cena cartografada essa dimensão viva. O desenho que se obtém com uma cartografia é, então, polissêmico e multidimensional.

A proposta metodológica da pesquisa cartográfica é explorar as linhas e traçados por onde o cartógrafo/sujeito pesquisador faz sua investigação. Trata-se de uma pesquisa, cujo próprio processo de investigação e implementação modifica e atua, a todo instante, no objeto a ser pesquisado, desfazendo assim, a separabilidade canônica de objeto pesquisado e sujeito pesquisador. (Gomes *et al.*, 2014, p. 106)

A cartografia opera, portanto, uma subversão da lógica hegemônica de produção de conhecimento, mas não qualquer subversão. Ela convoca do pesquisador uma atitude bastante específica: a jornada de elaboração do mapa-fruto da pesquisa pressupõe o uso da afetação sentida, experimentada pelo pesquisador quando no encontro com seu objeto e com o campo em que este objeto mesmo se insere. Rolnik (2011) chama de *corpo vibrátil* a superfície de contato do pesquisador quando ele, em posição de sujeito permeável, experimenta em si informações que compõem a cena do objeto, mas que seriam impossíveis de captar por meios artificiais.

Este modo particular de apreender e apresentar a realidade não é apenas incomum, quando comparado aos modos tradicionalmente estabelecidos para a produção de conhecimento científico; é também bastante desafiador, à medida em que convoca o pesquisador, enquanto sujeito inevitavelmente implicado, ao movimento de dar voz às suas afetações. E para dar voz a elas é preciso, antes, conseguir ouvi-las. Daí que o *pesquisador-cartógrafo-sujeito*, na *artesanía intelectual* que empreende ao produzir um mapa de seu objeto, acaba por produzir, também, um mapa de si.

3.2 O percurso de incursão no campo e a mudança na rota da pesquisa

O movimento de acesso ao CAPS, enquanto campo de pesquisa pretendido, teve início com o envio do projeto ao comitê de ética em pesquisa da Universidade (CAAE 66620323.2.0000.5231) e também ao departamento de pesquisa da prefeitura, responsável pela análise e liberação dos trabalhos realizados nos diversos serviços de saúde do município. Neste primeiro momento, certa morosidade já era esperada, dada a natureza burocrática da transação. O tempo transcorrido entre a solicitação de autorização e a concessão desta não foi, no entanto, um grande problema no plano geral do trabalho.

Já de posse da autorização, a jornada começou a ficar mais complicada: eu não conseguia acessar a coordenação do CAPS para apresentar o projeto e para formalizar minha entrada no serviço enquanto pesquisadora. Depois de várias tentativas de contato, finalmente marquei um encontro com coordenadora, que, aliás, me recebeu muito bem e foi bastante solícita em relação à proposta do estudo.

No entanto, após esse primeiro encontro, o contato necessário para o seguimento do processo voltou a ser praticamente impossível.

Até aquele momento, o trabalho de campo estava orientado para o uso do usuário-guia como ferramenta de trabalho. Assim, minhas tentativas de vincular ao serviço, deveriam servir tanto para que eu conhecesse um pouco seu funcionamento quanto para mapear o indivíduo que poderia vir a ser meu usuário-guia.

Diante da impossibilidade de contato com o CAPS e considerando o tempo que já começava a me preocupar, pensei em outras formas de conseguir acesso à *minha fonte*. A princípio, não me parecia condição necessária encontrar esta pessoa no CAPS, isto porque ela poderia estar em qualquer outro lugar, desde que fosse usuária do serviço. Pensando nisso, fiz contato com a residência em Saúde da Família, com o objetivo de receber dos residentes indicações de pacientes do território da UBS em que estavam, para, a partir dali, tentar estabelecer um encontro que servisse à pesquisa. Apesar de ter sido recebida e ter apresentado meu pedido, também não tive retorno.

Depois das tentativas frustradas, minha orientadora pediu ajuda para uma professora do curso de Enfermagem, que acompanha os estudantes de graduação em um estágio prático no CAPS. Explicada a situação, ela, gentilmente, me acolheu no grupo de estágio. A partir daí, minha entrada acontecia junto com os estagiários de graduação que ela supervisionava.

A entrada no CAPS a partir deste lugar de “acompanhante dos estagiários da graduação”, provavelmente não foi sem efeitos: os trabalhadores do serviço não estabeleciam (e não pareciam interessados em estabelecer) qualquer tipo de contato significativo com os estudantes e, por conseguinte, nem comigo.

A frustração e o desgaste deste processo de acesso ao serviço, me fez, aos poucos, abrir mão da perspectiva do usuário-guia. O que me restava, então? Entrevistas? Era uma possibilidade. Mas eu a deixei de lado ao me convencer que os recolhimentos da experiência, que se deu a partir do pequeno alcance de minha superfície de contato com a estreita janela por onde pude, de alguma forma, acessar meu objeto, embora sejam apenas fragmentos de uma realidade maior e mais complexa, são, ainda assim, dados desta realidade mesma e valem, portanto, serem considerados. E se, enquanto dados da realidade, estes recolhimentos parciais não puderem produzir respostas, certamente vão servir à abertura de campos de interpretação e diálogo.

Assim sendo, o que apresento na seção dos resultados, são os atravessamentos e as ativações experimentados por meu corpo-cartógrafo nesta breve vivência *assistemática*, onde minhas fontes foram as interações orgânicas e não planejadas com os usuários do serviço.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O desconforto como um analisador

*Os afetos atravessam o corpo como flechas, são armas de guerra”
Gilles Deleuze e Félix Guattari*

O exercício árduo e honesto de observar o que e o quanto de certas interpretações poderia ser produto dos escorrimentos de meus sulcos estruturais e das linhas-guia de meu percurso pulsional - sempre orientado por marcas de experiências anteriores, cotejado com a proposta de tentar compreender determinado objeto a partir da análise do vivido no encontro com ele, produziu, no contexto deste nosso método, o entendimento de que o desconforto que para mim foi tônico na experiência de entrada no CAPS pode servir como guia para algumas das análises que se seguem porque, muito provavelmente, também se apresenta a outros sujeitos em seus encontros com o serviço.

A permissão cartográfica de compor uma análise deste tipo leva em conta, por um lado, a compreensão do caráter único de cada cena de encontro, cujas tramas resultantes são sempre *potencialmente originais* e, por outro, a própria estrutura das relações, em que a repetição se apresenta tantas e tantas vezes (Merhy; Feuerwerker; Cerqueira, 2010) que nos permite a admitir a existência de padrões que se estabelecem, seja no plano do ato concreto, da ação formal ou no território subjetivo, dando às acumulações da realidade uma conformação de *modus operandi*, uma espécie de constante do encontro.

Dois trechos de meu diário cartográfico talvez nos ajudem a pensar um pouco nesses padrões.

Diário Cartográfico – Dia 18 de julho de 2023.

Depois de muitas tentativas de contato com a coordenadora do CAPS, consegui, por telefone, marcar para voltar ao serviço e iniciar as atividades de campo. Combinamos que eu chegaria na recepção e pediria para falar diretamente

com ela. Vale lembrar que ela já havia me recebido – muito bem, aliás – para uma primeira conversa onde eu apresentei meu trabalho e expliquei a forma como pretendia fazê-lo.

Ao chegar, conforme o combinado, fui até o balcão da recepção, me identifiquei e pedi para falar com a coordenadora. O funcionário, que apesar de trabalhar na recepção era curiosamente nada receptivo, disse que iria chamá-la. Eram 09h43. Enquanto esperava, coloquei-me conscientemente na tarefa de observar a dinâmica que se desdobrava ali: a recepção estava lotada. O espaço de espera tinha algumas cadeiras, um filtro de água e sobre ele um pacote de copos descartáveis; uma televisão localizada no alto de uma parede transmitia algum tipo de jornal – no mudo. Várias pessoas aguardavam do lado de fora, sentadas em uma pequena escada que dava acesso à rua e até mesmo na calçada.

Logo nos primeiros minutos de minha espera, ouvi alguém dizer que não havia passado nem pela triagem, embora tivesse chegado às 07h. Na sequência uma funcionária chegou até a recepção com algumas receitas e as entregou a duas pessoas que aguardavam, orientando-as ali mesmo, muito rapidamente: “O médico aumentou sua dosagem”, “Esse aqui você pode pegar no posto”.

Às 10h uma pessoa que estava aguardando com sua acompanhante diz que a psicóloga pediu para que ela viesse hoje, às 10h30, para falar com o médico, e acrescenta, em tom de reclamação, que é a terceira vez que ela vem ao CAPS e que só passa pela triagem. A cena da entrega de receitas com pouca ou nenhuma orientação se repete algumas vezes. Às 10h37 ouço alguém dizer “Eles aumentaram tanto a minha medicação pra eu não me matar, que eu fiquei até torta”. Nesse momento, fiquei imaginando o impacto desta fala sobre as outras pessoas que aguardavam para serem atendidas, e sobre como a organização do acesso ao serviço pode ser, por assim dizer, iatrogênica.

Depois de esperar exatos 60 minutos em pé, junto à porta, de frente para o balcão de atendimento, sem nenhuma resposta à minha solicitação, fui até o funcionário com quem havia falado quando cheguei e perguntei se alguém iria me atender. Ele me perguntou: “Não veio ninguém? Você avisou que viria?” respondi que sim. Ele, imediatamente, finalizou: “Quer deixar um recado?” Eu pedi apenas para registrar que eu estive ali esperando, conforme o combinado. Fui embora absolutamente afetada. Dada a hostilidade que senti nesta curta interação, até hoje tenho dúvida sobre se ele avisou mesmo que eu estava lá.

Diário Cartográfico - Dia 28 de agosto de 2023.

Às 05h50 meu despertador tocou pela primeira vez. Agonizei na cama até 06h20. Digo agonizei porque foi exatamente assim que me senti. A ideia de voltar ao CAPS me angustiava muito. Em parte porque não me senti bem-vinda (falando da equipe) em parte também porque este não é, definitivamente, o trabalho que desejei fazer quando me inscrevi no mestrado. Ainda não entendi de que se trata a cartografia como método e não consigo imaginar como ela conseguirá me ajudar a produzir uma resposta para a pergunta que fundamenta esta pesquisa. E sem saber o que estou “produzindo”, ressoa em mim uma pergunta insistente: “O que eu vou fazer lá?” Levantei, enfim.

Cheguei ao meu destino antes das 08h. Peguei minha carteirinha de estudante que, na minha cabeça funcionaria como um escudo-resposta a algum eventual problema de acesso. Entrei pela porta dos fundos, cujo acesso se dá pelo estacionamento, procurando aquilo que parecia ser meu único ponto de apoio naquele espaço: o grupo de estágio que eu estava acompanhando. Entrei sozinha e fui até a sala onde acontece a maior parte das atividades de terapia ocupacional. O ambiente estava, como o restante do serviço, esvaziado em comparação a outros dias em que estive lá e, conseqüentemente, em relação à expectativa do que eu esperava encontrar naquela manhã. Cinco ou seis pessoas estavam ali, aparentemente não executando nenhuma tarefa específica. Cumprimentei a todos em voz alta e recebi da terapeuta *um certo olhar*. Senti-me muito desconfortável, como se tivesse percebido, mais uma vez, uma espécie de resistência à minha presença. Tentei seguir com meu objetivo: “O grupo do estágio não está por aqui?” “Não. Veja se estão no estacionamento”. A resposta soou tão desconfortável quanto o olhar. Bati em retirada, pensando no que fazer. Parecia insustentável ficar ali sozinha.

Na saída, encontrei um dos pacientes chegando no CAPS, um senhor muito gentil com quem eu já havia conversado várias vezes. Tão logo nos cumprimentamos, ele perguntou: “A senhora vai lá depois?” “Vou sim”, respondi. Naquele breve momento eu senti que havia, para alguém, espaço para minha presença. No entanto, tomada pelo desconforto, não cumpri minha palavra. Fui embora e só voltei dias depois.

Um pouco mais tarde, naquela manhã, descobri que era semana de rodízio da turma de estágio e, por esta razão, eles estavam em atividade teórica na universidade.

A dificuldade em me encontrar com a coordenação do serviço, a espera de uma hora na recepção sem nenhum retorno, e o olhar atravessado que recebi quando cheguei sozinha no espaço de terapia ocupacional são momentos-chave, a partir dos quais sou levada a pensar em uma montagem de sentido, uma hipótese, que tem a ver com a construção imaginária do que seja uma pesquisa e, portanto, do que seria, também, esta pesquisa. Sigo.

Pensar um serviço de saúde como parte da composição do objeto de uma pesquisa, ou mesmo como o próprio objeto a ser pesquisado, pressupõe o entendimento de que os trabalhadores do serviço, suas atribuições e práticas compõem, inevitavelmente, o corpo do objeto pesquisado, à medida que um objeto desta complexidade é, na verdade, um sistema, como um corpo vivo cuja existência só é possível a partir da interação de suas partes, que também são vivas.

Ainda que esta pesquisa, especificamente por conta de sua estruturação *ética* e *estética*, não se proponha como processo avaliativo, valorativo, ou como medição de desempenho com qualquer finalidade produtivista ou punitivista, infelizmente, algumas pesquisas o são. E, em geral, movimentos empreendidos para conhecer, reconhecer, analisar, refletir e/ou compreender acabam por assumir, este tipo de representação imaginária. Nestes termos, não parece inaugural supor que a presença de um pesquisador possa causar certa de resistência, que pode se dissolver em função da abertura subjetiva das partes envolvidas, ou se cristalizar, configurando uma cisão, a partir da qual todo o percurso da pesquisa assume um viés antitético, onde, de uma lado estariam os trabalhadores do serviço, suas práticas e saberes, e de outro o(s) pesquisador(es), com seu arsenal avaliativo, distribuindo “certos e errados” para cada coisa observada. Este tipo de leitura pode, claro, sofrer apelo de disposições subjetivas de cada indivíduo envolvido, o que não nos impede de tomar este tipo de dinâmica como derivação fundamental de uma lógica de papéis sociais.

Ainda que a hipótese da resistência à minha presença em função da projeção de um papel social tenha validade, resta, ainda sem resposta, o questionamento a respeito dos eventuais efeitos coletivos do desconforto que experimentei individualmente. Eu estive ali, não separada da realidade; pelo contrário! Os recolhimentos que trago para este trabalho só foram possíveis, justamente, porque eu estava *misturada* ao cotidiano.

Como se sentem os usuários ao precisarem esperar por horas no dia do atendimento em uma recepção lotada ou até mesmo sentados na calçada, do lado de fora? Ao serem atendidos por trabalhadores com pouco (ou nenhum) tato na lida com as pessoas, que não fazem mais que o ato mecânico de repetir algumas palavras que nem acolhem, nem orientam? Ao precisarem enfrentar uma agenda de meses de espera por um atendimento? Ao receberem como tratamento a renovação de uma receita? Quando, ao reclamarem, transmitem a impressão de que, mesmo indo várias vezes ao serviço, não conseguem acessar um serviço adequado à sua necessidade e/ou à sua expectativa? Que efeitos esse acumulado de fragmentos tem sobre a percepção que se tem do CAPS? E, finalmente, por que razão as coisas acontecem desta forma? É possível fazer diferente?

4.2 A insuficiência numérica do serviço: uma dificuldade macropolítica para a efetivação da proposta terapêutica do CAPS

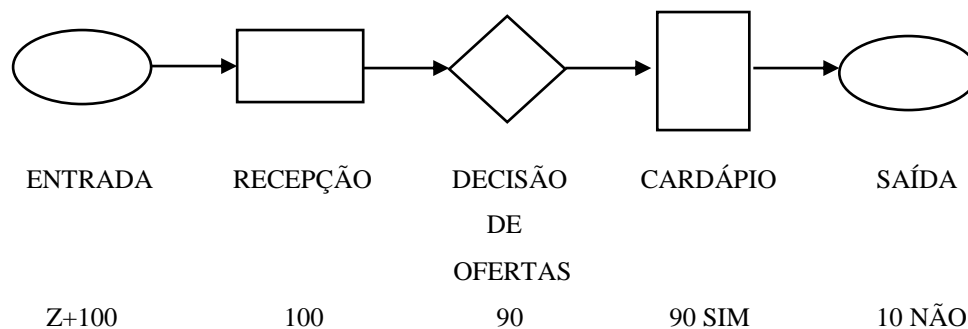
A possibilidade - ou impossibilidade - de oferta de um cuidado em saúde mental cujas práticas estejam alinhadas à proposição fundante da Reforma Psiquiátrica, passa, em larga medida, pela estrutura concreta do serviço, isto é, pela capacidade que aquele espaço ou aquele conjunto de espaços de saúde têm de atender as necessidades da população a quem se destina.

Se, por um lado, parece arriscado afirmar que a suficiência numérica de “vagas para atendimento” – quer isso significasse um serviço de grande extensão, com muitos profissionais disponíveis, quer fossem mais serviços distribuídos no território – seria condição suficiente para fazer cumprir o papel do CAPS, conforme a proposta das políticas públicas já legalmente estabelecidas, em lógica inversa, parece razoável dizer que a oferta reduzida de espaço físico e recursos humanos

emerge como uma barreira substancial ao acesso efetivo e à continuidade do tratamento, promovendo déficits que vão se acumulando e tomando contornos de cronicidade. Como acesso efetivo entende-se não apenas a entrada do indivíduo no serviço, mas a possibilidade de que o serviço ofereça uma solução adequada aos seus usuários.

A Figura 2, logo abaixo, é um “fluxograma-resumo”, que ilustra o caminho fundamental de um indivíduo quando da procura por um serviço de saúde. Este diagrama é uma ferramenta de análise do funcionamento do serviço naquilo que se compreende como o “processo produtivo básico de um serviço de saúde” (Merhy, 1997, p. 74).

FIGURA 2: Diagrama de fluxo básico de um serviço de saúde



Fonte: Merhy, 1997, p.74

Neste momento, sugiro nos atentarmos ao primeiro ponto do diagrama: a elipse que representa a entrada do serviço. Ali temos Z+100, onde Z representa um número indefinido de pessoas que procuraram o serviço, mas não “entraram”.

Embora o diagrama não nos traga a informação a respeito dos motivos pelos quais Z pessoas não acessaram o serviço, dentre as várias interpretações possíveis, certamente temos barreiras de acesso que se relacionam com a insuficiência da oferta, como, por exemplo, número de profissionais e vagas para atendimento e aos desdobramentos destas condições.

Uma matéria publicada em dezembro de 2021, pela Lume Rede de Jornalistas (Guerin, 2021), abordou o tema da dificuldade de acesso causada por insuficiência na oferta de serviços de saúde mental a partir de denúncias de usuários, familiares e profissionais de saúde, conforme trechos a seguir:

“(...) estão sucateando e deixando os CAPSs como ambulatórios. A proposta de trazer oficinas terapêuticas e de arte e expressão corporal foi abandonada para virar tudo ambulatório.” (Filha de paciente)

“(...) No atendimento, é apenas feita nova receita, ficando o usuário até seis meses ou mais sem atendimento com médico psiquiatra, a não ser que ele passe pelo plantão quando não estiver se sentindo bem”. (Usuária do serviço)

“Não existe uma rede de atendimento, somente CAPS e medicalização. Não tem psicólogo, não tem terapeutas, não existem mais osicineiros, que faziam as oficinas de socialização, não tem atendimento primário nas UBSs, somente a aplicação de medicação de depósito. Não basta diagnosticar, é preciso tratar apoiar referenciar, incluir.” (Usuária do serviço)

Na ocasião, a Promotora de Justiça também se pronunciou, circunscrevendo a questão na ordem da administração pública:

“(...) Ponto importante do relatório que está sendo fechado é que há uma psiquiatra para atender toda a população infanto-juvenil e para o CAPS III, para adultos, idem. Além disso, a demora por uma consulta, que é de cerca de um ano, e a demora no retorno, de cerca de seis meses. Além da falta de equipes multidisciplinares e de terapia individual, sem busca ativa de pacientes, sendo que hoje, o único tratamento é a medicalização”.

O arranjo de gestão que trabalha com a perspectiva de uma unidade de CAPS geral adulto para um município de grande porte confirma uma proposta de saúde que disputa direta e constantemente com a proposta da Reforma Psiquiátrica, não apenas limitando a possibilidade de atendimento às necessidades de saúde mental da população, mas também induzindo o serviço à reprodução de práticas ultrapassadas, em que a rotina de renovação de receitas e de tratamentos que se resumem a prescrição de psicotrópicos e dois ou três encontros com o psiquiatra em um ano, representa um retrocesso no modo de produção de saúde mental, e institui um suposto-fazer-saúde cuja lógica fica “centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia” (Merhy; Feuerwerker; Cerqueira, 2010, não paginado).

É preciso atentar, portanto, para o fato de que questões macropolíticas como déficits de financiamento e gestão, desqualificam o trabalho do CAPS enquanto dispositivo privilegiado na proposta de construção de um atendimento realmente voltado às necessidades de saúde mental dos usuários, e, assim, ao transformá-lo,

pela necessidade de atendimento de uma demanda mal dimensionada, em um ambulatório como tantos outros, reduzem sua potência e privam a população do cuidado que este dispositivo poderia ofertar:

(...) a quem afinal estaria beneficiando esse sistema de assistência?
 Por trás desta assistência existem interesses de ordem ideológica na reprodução da falsa imagem de que todos têm direito à saúde, ao diminuir ou atenuar as tensões sociais, ao reforçar o controle social, psiquiatrizando a vida social. No sentido econômico, mantém e reproduz a força de trabalho, deixando-se em condições de ser explorada dentro do sistema produtivo, além de ampliar o consumo de equipamentos e principalmente de remédios.
 A população do atendimento relâmpago dos “2 ou 5 minutos” está sendo enganada. E, por outro lado, existem vagas e tempo suficiente para os “50 minutos” do divã dos consultórios privados para as camadas de maior capacidade de consumo.
 Instala-se uma psiquiatria de pobre e outra de rico. Promove-se um consumo cada vez maior da Psiquiatria dos remédios e dos asilos para as classes mais baixas e da Psiquiatria de variadas técnicas psicoterápicas para as classes mais altas da sociedade. (Associação Psiquiátrica da Bahia, 1978, p. 35)

4.3 A proposta terapêutica e a fabricação do cuidado

A interrogação sobre a proposta, o projeto ou o efeito terapêutico das atividades oferecidas por um serviço de saúde mental deveria ser um movimento constante, parte elementar do processo de trabalho, com vistas ao permanente entendimento de que toda produção do trabalho só terá validade, nos fins a que se destina, quando estiver orientada para a produção do cuidado.

Enquanto principal referência de atendimento na estruturação da rede de serviços em saúde mental - criada para ser substitutiva das internações em hospitais psiquiátricos, os CAPS foram projetados para atender as demandas em saúde mental a partir de uma perspectiva multidisciplinar, com ofertas terapêuticas diversas e orientadas para as necessidades de cada usuário (Constantinidis *et al.*, 2018). No entanto, o que frequentemente se observa na prática, é o esvaziamento desta proposta multivariada, de modo que ao usuário, por vezes, restam poucas opções que, realmente, se destinam às suas necessidades.

Certamente a definição de quantas e quais modalidades de atendimento serão ofertadas ao público, sofre atravessamentos da macropolítica, como questões de financiamento e gestão, e disputa de modelos discursivos no campo da produção de saúde mental (Merhy, 2006), conforme explorado no capítulo anterior. No entanto, embora a dimensão macro deva ser levada em consideração quando contemplamos as fragilidades de um serviço de saúde, a resolução destas questões não pode repousar apenas neste argumento: é preciso que sejamos fiadores da proposta do cuidado que se produz no encontro e, portanto, na ordem da micropolítica, conforme aponta Merhy, 1997:

Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada. (p. 72)

Se, com alguma regularidade, parássemos por um momento para refletir sobre as práticas cotidianas de nossos serviços de saúde, certamente ficaríamos impressionados com a incrível facilidade que nós, trabalhadores da saúde, temos de esquecer o motivo pelo qual fazemos o que fazemos. Em meio a disputas discursivas, inovações técnicas, atualização de políticas e, claro, tomados pela rotina do trabalho, o sujeito para o qual tudo deveria ser feito – o usuário, o paciente – assume um lugar tão coadjuvante que, a depender do enquadramento, ele sequer aparece na fotografia: “A gente faz tudo tão direitinho, mas o paciente atrapalha”. Esta piada, que ouvi durante uma aula, aponta um problema seríssimo não só organização, mas da compreensão do trabalho em saúde, e isso promove paulatinamente um esvaziamento de sentido e, por consequência, um esmaecimento da potência da Reforma psiquiátrica na fabricação do cuidado em saúde mental.

O Projeto Terapêutico singular, pode ser considerado uma das ferramentas de gestão do cuidado das mais importantes para a efetivação da proposta de um cuidado individualizado, centrado nas necessidades do indivíduo e cujo objetivo seria reabilitá-lo, dentro de suas possibilidades, à vida social (Silva *et al.*, 2020). Ele seria um elemento organizador para a construção de um plano de atendimento baseado nas especificidades de cada usuário. No entanto, muitas vezes o que

acontece é que o serviço se organiza a partir de uma oferta pré-estabelecida, um cardápio e, então, é a partir da oferta – e de diversas variáveis que nada têm a ver com a centralidade do cuidado, que os usuários vão sendo distribuídos nas atividades (Silva *et al.*, 2020).

Em todas as minhas visitas ao serviço eu acompanhei alguma atividade coletiva; eram propostas de grupos “diferentes” que reuniam, quase sempre, os mesmos usuários em atividades rápidas e para as quais eu, particularmente, não conseguia ver muito sentido terapêutico. Presenciei “oficinas” de 20 minutos, que pareciam acontecer apenas para fazer cumprir um cronograma, atividades supostamente coletivas em que as pessoas apenas ocupavam a mesma sala, desenhando ou pintando sem nenhum objetivo definido ou mediação técnica, muitos horários vagos, em que os pacientes estavam ali naquele espaço físico, mas sem efetivamente estarem envolvidos em alguma atividade ou atendimento. Quando, finalmente, vi um atendimento não-médico individual acontecendo, escutei ao fundo “Nossa! Atendimento individual? Isso acontece de vez em nunca!”. Meu espanto ao ouvir essa exclamação me fez pensar sobre a forma como o serviço do CAPS se organiza e que ofertas faz aos usuários a partir desta organização.

O esvaziamento de sentido tantas vezes presenciado nos serviços de saúde e que pude constatar por vezes também neste CAPS, não é, por assim dizer, a causa de ofertas distanciadas das necessidades dos usuários; ele pode ser visto como uma consequência da perda da dimensão cuidadora (Merhy, 1998), onde a agenda, o número de trabalhadores disponíveis, o dimensionamento do espaço físico em relação à demanda, o preparo técnico (ou a falta dele) para a condução de determinadas propostas, e tantas outras questões asfixiam a potência do encontro, relegando todo o fazer-saúde a ações mecânicas, amarradas a protocolos, números e agendas, e sempre justificados por problemas macroestruturais. A possibilidade de reversão deste tipo de cenário dependeria da disposição do serviço em rever suas práticas, reorientando o objetivo de cada uma das etapas do processo produtivo em saúde:

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, pode-se reinventar a

lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (Merhy, 1997 p. 71).

A despeito da tônica esvaziada que parecia – até onde eu conseguia perceber, reger o funcionamento do serviço, dois momentos de atividade coletiva me chamaram atenção e me surpreenderam positivamente. O primeiro foi o “Grupo de Chegada”, momento em que um usuário já bem adaptado ao serviço conduzia uma seção de apresentação e boas-vindas para aqueles que, recém incluídos na proposta terapêutica dos grupos, estavam participando das atividades coletivas pela primeira vez. O carisma e a simpatia do responsável pela condução da atividade foi fundamental para o ótimo desenvolvimento da atividade. O encontro transcorreu em um clima descontraído e muito leve, o que, certamente foi potencializado pela escolha muito acertada de horizontalizar o diálogo, tirando o protagonismo da condução do profissional do serviço.

O segundo momento foi um grupo terapêutico em que os participantes eram convidados a falar sobre como estavam se sentindo desde o último encontro e a avaliar sua condição em relação ao tratamento. Nesta ocasião, muitas questões sérias e delicadas apareceram nos relatos dos pacientes, e a condução da responsável técnica, uma psicóloga, foi muito acertada; as falas precisamente colocadas após cada experiência contada proporcionaram ao grupo espaço para expressão e recurso de elaboração, isto é, além de ouvir, houve algum tipo de “encaminhamento” compreensivo para as questões apresentadas. Este bom encaixe entre ouvir, acolher e dar alguma devolutiva para um relato de experiência é o que, como psicóloga, eu julgo ser uma das principais dificuldades de atividades grupais potencialmente sensíveis.

Além destas duas interações, houve também o relato do caso de uma família acompanhada pela equipe do CAPS que, a meu ver, materializa a potência operadora do encontro para a produção de arranjos de cuidado absolutamente singulares. Um casal, Eduardo e Mônica (nomes fictícios), para quem a equipe de referência traçou uma estratégia particular com o objetivo de facilitar a funcionalidade da dinâmica de vida que eles construíram. Eduardo e Mônica conheceram-se durante um período de internação em um hospital psiquiátrico. Após

a alta eles mantiveram um relacionamento e decidiram se casar. Hoje eles têm, juntos, um filho de 11 anos.

O arranjo produzido pela equipe para auxiliar na organização da vida desta família prevê algo que me pareceu muito interessante: a primeira delas é que Eduardo participe das atividades em regime intensivo, para que Mônica tenha tempo e condições de se organizar com as demandas da casa e do filho – o que, de acordo com a equipe, poderia ser muito mais difícil de fazer se ela tivesse que se ocupar também das demandas do marido. Nas atividades de que participa, Eduardo é muito ativo e bem relacionado com os outros usuários do serviço. Mônica também mantém atendimentos regulares com a equipe e todo o serviço está organizado para que, em uma eventual emergência, ela seja atendida imediatamente.

Estes dois momentos, em contraste com tantas outras coisas que presenciei, confirmam a possibilidade de subversão do modo de produção de saúde a partir do dispositivo do encontro, de forma mais ou menos independente do contexto macropolítico, isto é, em um mesmo cenário – como foi o caso do CAPS, podem coexistir ofertas que se concretizam como cuidado e outras que, esvaziadas, são apenas práticas institucionais.

É o entendimento da singularidade subjetiva embutida em cada demanda de saúde mental e o compromisso com a produção de um cuidado adequado a cada usuário que possibilita a construção de arranjos singulares como o de Eduardo e Mônica. Neste sentido, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Norma Fumie Matsumoto construíram uma taxonomia das necessidades de saúde, cujo modelo, acrescido da perspectiva de Merhy (2006), podemos ver abaixo:

Quadro 4: Taxonomia das necessidades de saúde

Necessidades de saúde de indivíduos e grupos	Algumas ideias sobre seus significados
Necessidade de boas condições de vida	Boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão
Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença	Ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde

	(saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar a vida
Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos da relação)	Poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	Ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida

Fonte: Merhy, 2006, p. 21

Esta ilustração contempla uma série de pontos que, embora não estejam no escopo do serviços de saúde, não podem ser ignorados na ocasião do planejamento da oferta que se fará ao usuário. Além disso, conforme se pode observar, muitos dos significados das necessidades de saúde se referem à operacionalização das tecnologias leves em saúde, isto é, dos “modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde” (Merhy, 2006, p. 23), como por exemplo: ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído (em relação à necessidade de ser alguém singular com direito à diferença); Poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar (em relação à necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe); Ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida (em relação à necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”).

Toda ação em saúde só pode, conforme vimos, produzir cuidado e ir ao encontro das necessidades dos usuário se, e somente se, eles forem o ponto de partida e o ponto de chegada de cada proposta, aposta e decisão de oferta.

5. CONSIDERAÇÕES

Do ponto de vista da terra quem gira é o sol
 Do ponto de vista da mãe todo filho é bonito
 Do ponto de vista do ponto o círculo é infinito
 Do ponto de vista do cego sirene é farol
 (...)

Às vezes o ponto de vista tem certa miopia
 Pois enxerga diferente do que a gente gostaria
 Não é preciso por lente nem óculos de grau
 Tampouco que exista somente
 Um ponto de vista igual

Ponto de Vista (Música) – Eduardo Lyra Krieger / Joao Cavalcanti

Durante todo o tempo em que estive no CAPS e, mesmo fora dele, no período de construção deste trabalho, uma das grandes angústias que experimentei foi a dúvida sobre como a cartografia, com sua construção tão peculiar, poderia responder à pergunta que parecia ser a espinha dorsal de toda minha investigação: as necessidades em saúde mental daqueles que buscavam o serviço eram atendidas? É claro que eu pretendia que a resposta encontrada derivasse uma análise interessante, afinal, a angústia também era sobre apresentar um resultado de forma coerente e que contribuísse para o tal *estado da arte*.

No percurso, as experiências particulares de interlocução que compreendo como atravessamentos cartográficos - as aulas virtuais nas disciplinas de pós graduação do EICOS-UFRJ (Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro), as falas de colegas que também estavam cartografando algum pedaço da realidade na construção de seus trabalhos e os encontros do nosso grupo de pesquisa - foram sutilmente me apontando um caminho que se afastava da lógica objetiva que eu estava intencionando encontrar. O resultado esperado para meu trabalho, parecia estar mais no campo da construção narrativa e da análise particular dos recolhimentos dos encontros do que na descoberta de uma verdade que desse conta de estancar minha pergunta. E isso, de certa forma, não me convencia. Qual não foi minha surpresa quando, em campo, a resposta para a minha pergunta foi respondida de pronto!

Eu estava no CAPS desde o início da manhã. Naquele dia decidi sentar um pouco “na cantina”, um espaço improvisado em um dos corredores do local, onde dois usuários vendem balas, chicletes, doces de mercearia, biscoitos e café. A atividade, que faz parte da oficina de terapia ocupacional, é sempre muito cuidadosa. As vendas são registradas no livro caixa, e eu soube depois que são os próprios usuários os responsáveis por fazer o controle de estoque e as compras com os fornecedores.

Enquanto conversávamos sobre amenidades, um dos usuários me perguntou “Sobre o quê mesmo é o seu trabalho?” Àquela altura eu tinha tantas dúvidas que quase não soube o que responder: “Eu quero saber se os serviços que o CAPS tem atendem as necessidades dos usuários”. O que eu ouvi em seguida foi para mim, sem dúvida, o momento mais importante de todo o processo: “Essa resposta é muito complexa... porque para cada sim ou não eu teria pelo menos três histórias, três respostas diferentes. Mas (o que você vai encontrar) é a sua visão, não o que você gostaria que fosse”. Foi um atravessamento visceral! Ali, no ordinário de um diálogo desavisado, pude, enfim, compreender que a natureza abstrata da resposta possível para aquela minha pergunta era decorrente não do método de trabalho, conforme eu pensava o tempo todo, mas da própria característica do meu objeto!

Aquele instante ressignificou, retroativamente, todos os fragmentos de experiência que, até então, eu enxergava como peças soltas para as quais eu não encontrava encaixe. A realidade que eu estava vendo era múltipla, complexa, porque são múltiplas e complexas as pessoas e suas histórias. Como então poderia ser que de minha observação resultasse uma conclusão uníssona, pontual, estanque?

A necessária postura de um pesquisador cartógrafo consiste em estar permeável à experiência da realidade, que é em si mesma e não tem, necessariamente, compromisso com a adequação às linhas duras que produzimos para traduzi-la e para “organizá-la. E quando, finalmente, conseguimos agir assim

O resultado deste processo costuma reverberar e ecoar em várias direções, produzindo efeitos e diferentes regimes de verdades que não necessariamente produzem certezas e categorias de descrição de termos sobre o objeto pesquisado, mas novas perguntas e reflexões sobre o próprio objeto. Ou seja, não só produzem novas visibilidades e dizibilidades como também engendram processos

inusitados de subjetivação, com a criação de outros sentidos no próprio processo instituinte de pesquisa”. (Gomes *et al.*, 2014, p.25)

O processo desta pesquisa desde a investigação teórica a respeito da estruturação do CAPS enquanto política pública, passando pelas afetações e atravessamentos das vivências e dos encontros, produziu, à guisa de resultado, não *uma* resposta, mas um espaço reflexivo, onde foi possível conjugar experiências antagônicas na construção de um olhar sobre nosso objeto.

Sabemos que a transposição de quaisquer barreiras na estruturação e implantação de serviços de saúde enfrentará dificuldades consideráveis, dada a grande complexidade na lógica de articulação dos níveis de atenção e as inúmeras camadas – da macro e da micropolítica – que precisam ser mobilizadas para que um passo adiante seja possível; no entanto, sem a superação de certos entraves, o aperfeiçoamento da atenção e o desenvolvimento de políticas e práticas condizentes com a realidade de saúde da população ficam absolutamente prejudicados (Baduy *et al.*, 2011).

É, portanto, no fortalecimento da perspectiva do encontro, enquanto potência produtiva e transformadora, que apostamos para o resgate da dimensão do cuidado nos atos e nas ofertas de saúde dos serviços de saúde mental, para que, cada vez mais usuários sejam (e sintam-se) contemplados, até o dia em que, quiçá, poderemos dizer que sim: os serviços de saúde mental servem bem às necessidades de saúde daqueles a quem se destina.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, 35(11), 2019.
- AMARANTE, P., NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6: 2067-2074, 2018.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. Mensagem aos Tropicalistas Brasileiros. **Saúde em Debate**, n.6, jan-mar: 32-35, 1978.
- BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J. T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):295-304, fev, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. Brasília: 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPEs) Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS) Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). **DADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. Brasília, setembro de 2021.
- CONSTANTINIDIS, T. C.; CID, M. F. B.; SANTANA, L. M.; Renó, S. R. Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v.26, n.2, jun., p. 911-926, 2018.
- COSTA, N. R. SIQUEIRA, S. V. UHR, D. SILVA, P. F. da. MOLINARO, A. A. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4603-4614, 2011.
- GARCIA, P. T., REIS, R.S. (Org.) Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. **UNA-SUS/UFMA**. São Luís: EDUFMA, 2018.
- GOMES, M. P. C. *et al.* Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. *In*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 25-42.
- GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev Saúde Pública**, v.46, n. 1, p. 51-58, 2012.
- GUERIN, M. Pacientes e funcionários denunciam o desmonte do CAPS em Londrina. Lume Rede de Jornalistas. Londrina, 13 dez 2021.

Disponível em: <https://redelume.com.br/2021/12/13/pacientes-funcionarios-denunciam-desmonte-caps/>. Acesso em 24 mar. 2024.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):297-305, 2009.

LIMA, D. K. R. R., GUIMARÃES, J. A rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: Quem cuida da Saúde Mental? **Saúde Debate**, v.42, n.122, jul-set., p.883-896, 2019.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde um desafio para o público**. 2ed. São Paulo: Hucitec. 1997. p.71-112.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde *uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. In Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. Disponível em [file:///C:/Users/user/Downloads/A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/A_perda_da_dimensao_cuidadora_na_producao_da_saude%20(1).pdf). Acesso em 24 mar. 2024.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**.3ed. São Paulo: Hucitec. 2006. P.15-36.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, M. P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/Da_repeticao_a_diferenca_construindo_sen.pdf. Acesso em 24 mar. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12): 4579-4589, 2011.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 24 (3), 92-99, 2004.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623-4633, 2011.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

SAMPAIO, M. L., JÚNIOR, J. P. B. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3:e00042620, 2021.

SILVA, N. S.; Sousa, J. M.; NUNES, F. C.; FARINHA, M. G.; BEZERRA, A. L. Q. DESAFIOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Psicol. estud.**, v. 25, nov., 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pe/a/cgbcdgpFwWTD4J3K6XGh6gv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 mar. 2024.

SILVA, S. N., LIMA, M. G., RUAS, C.M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11:3799-3810, 2018

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro**, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

ANEXOS

Anexo A – Autorização Definitiva de Pesquisa



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - DGTES
Avenida Theodoro Victorelli, 103 - Jardim Helena - CEP 86027-750 - Londrina - PR
Telefone (43) 3375-0071 / e-mail: oficina@saude.londrina.pr.gov.br

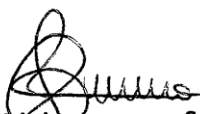
AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA


C. D. 06/2023 - GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos que está autorizada a pesquisa: “CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS: UMA CARTOGRAFIA”, da pesquisadora Lauane Rafaela de Brito Campos, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva, nível de Mestrado, da Universidade Estadual de Londrina, orientada pela Profa Dra Regina Melchior, da mesma Universidade, de acordo com o parecer nº 5.947.494, de 16/03/2023, do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina - UEL.

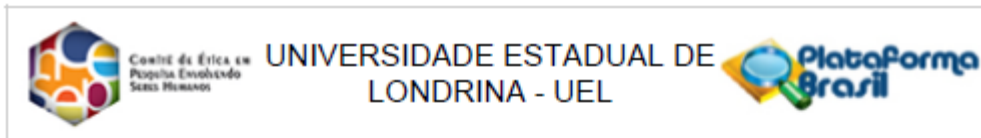
Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 04 de maio de 2023.


Kelly Cristina Jeronimo Soares
Gerente de Planejamento
e Qualificação de Servidores
DGTES/AMS/PML


Evelynsa Aparecida Saches
Técnica de Gestão Pública
GPQS/DGTES/AMS/PML

Anexo B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: Uma cartografia

Pesquisador: LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66620323.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.947.494

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas abaixo foram retiradas do documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2076352.pdf de 06/03/2023

Resumo:

Dentre os recursos presentes na estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupam lugar de destaque, uma vez que se configuram como estratégia substancial para a realização daquilo que se desenhou como política de saúde mental, a partir da convergência dos pressupostos do SUS e da contribuição do pensamento crítico do movimento da Reforma Psiquiátrica (SILVA, LIMA E RUAS, 2018). Nesse sentido Gil et al. (2017) apontam tanto para a importância da avaliação das práticas de saúde, que quando aplicadas podem embasar melhorias na assistência prestada e desenvolvimento de gestões mais efetivas, quanto para um cenário ainda incipiente quando se trata da avaliação sobre processos e práticas. Silva, Lima e Ruas (2018) mencionam que são poucos os estudos existentes sobre a avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, principalmente quando esta avaliação inclui a percepção dos usuários quanto à qualidade e pertinência dos serviços e, portanto, quanto à sua satisfação com eles. Este será, portanto, um estudo qualitativo de perspectiva cartográfica, com objetivo de compreender as vivências de usuários da Rede de Atenção Psicossocial na busca por seu cuidado. Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para dar visibilidade ao processo de produção do cuidado em Saúde Mental dos indivíduos que acessam a Rede de Atenção

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.947.494

Psicossocial. Além disso, espera-se que seja possível conhecer, a partir da vivência relatada, as potencialidades e fragilidades desta rede. Em última instância, é desejado que o resultado deste estudo possa servir de base para a reflexão das políticas públicas de saúde mental do município bem como para subsidiar eventuais diálogos propositivos para melhoria da assistência e gestão do serviço em questão.

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas abaixo foram retiradas do documento
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2076352.pdf de 06/03/2023

Objetivo Primário:

Cartografar as vivências de usuários da Rede de Atenção Psicossocial na busca por seu cuidado.

Objetivo Secundário:

Analisar a rede de cuidado aos usuários da Saúde Mental do município de Londrina; Dar visibilidade à percepção dos usuários acerca dos serviços prestados pelo CAPS III do município de Londrina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas abaixo foram retiradas do documento
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2076352.pdf de 06/03/2023

Riscos:

Desconforto gerado pela questão norteadora; oscilação emocional decorrente de eventuais lembranças suscitadas pela pesquisa. Fica assegurado ao participante, se necessário for em decorrência do risco da pesquisa, o direito a atendimento psicológico individual particular, ofertado e custeado pela pesquisadora.

Benefícios:

Possibilidade de expressão acerca dos serviços prestados pelo CAPS III de Londrina; Estas informações podem, futuramente, contribuir para o aperfeiçoamento das ofertas em saúde mental do município

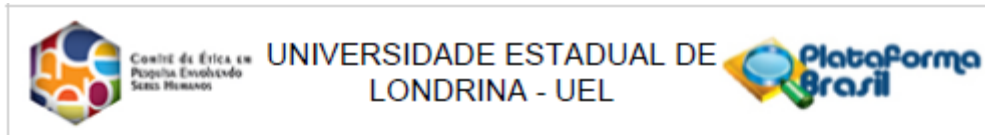
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto adequadamente preenchida e assinada.

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Univeritário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.947.494

Apresentou declaração de concordância com a pesquisa expedida pela Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Haverá entrevistas abertas com usuários do serviço de saúde mental ofertado pelo CAPS III, bem como, eventualmente, seus acompanhantes e/ou familiares próximos e os profissionais envolvidos em seu processo de acesso e cuidado, de modo a compreender a rede de apoio deste usuário em seu percurso pelo serviço de saúde mental, com a seguinte questão norteadora: "Gostaria que você me falasse sobre sua trajetória no serviço de saúde mental ofertado pelo CAPS III, suas opiniões, sugestões e sentimentos".

Apresentou termo de sigilo e confidencialidade assinado.

Apresentou TCLE necessitando de ajustes para atender a resolução.

A coleta de dados está prevista para 01/03/2023.

Apresentou orçamento de R\$ 1.032,00 que será financiado pela própria pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação as pendências do parecer anterior, ressaltamos que é imprescindível apresentar o TCLE com numeração de página (como Pag. 1 de 3, 2 de 3 e etc) ao participante da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

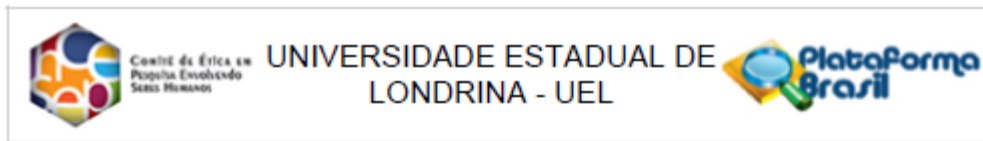
Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.947.494

- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2076352.pdf	06/03/2023 18:42:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	06/03/2023 18:41:05	LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS	Aceito
Brochura Pesquisa	cartografiacaps.docx	06/03/2023 18:40:15	LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	sigilo.docx	06/03/2023 18:39:52	LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/03/2023 18:38:51	LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.docx	06/03/2023 18:29:18	LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS	Aceito
Declaração de concordância	autorizacaoprovisoria.pdf	16/01/2023 22:05:54	LAUANE RAFAELA DE BRITO CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 16 de Março de 2023

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisas Envolvendo
Serem Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.947.494

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br