

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DA CLÍNICA

LUANA FILGUEIRAS RABELO

A RELAÇÃO PESSOA-AMBIENTE NA PRÁXIS EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AFETIVIDADE

SÃO CARLOS - SP

2023

LUANA FILGUEIRAS RABELO

A RELAÇÃO PESSOA-AMBIENTE NA PRÁXIS EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AFETIVIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Gestão da Clínica.

Área de concentração: Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof. Dr^a. Taís Bleicher.

SÃO CARLOS – SP

2023

A RELAÇÃO PESSOA-AMBIENTE NA PRÁXIS EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AFETIVIDADE

LUANA FILGUEIRAS RABELO

Dissertação defendida e aprovada para obtenção do grau de mestra em Gestão da
Clínica

São Carlos, em 4 de agosto de 2023.

Comissão Examinadora:

Dra. Taís Bleicher

Presidente da Banca

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Dr. Fábio Pinheiro Pacheco

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Dra. Leandra Andreia de Sousa

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Dra. Ângela de Alencar Araripe Pinheiro

Universidade Federal do Ceará - UFC

DADOS CURRICULARES DO AUTOR

Luana Filgueiras Rabelo - nascida na cidade de Quixadá, Ceará, em cinco de março de 1990, graduou-se em Psicologia, em 2016, pela Universidade Federal do Ceará (UFC), é especialista em Saúde Mental Coletiva, em 2020, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e especialista em Gestão de Pessoas e Recursos Humanos, em 2021, pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Atua como Psicóloga Clínica desde 2016 e Psicóloga do SUS, na condição de servidora pública, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), desde 2020.

AGRADECIMENTOS

Ao meu avô, Luiz Gonzaga, *in memoriam*, por, desde criança, sempre me inspirar e instigar à ciência e aos estudos; aos meus pais, por todo esforço, dedicação e oportunidade dada à construção de minha educação e carreira, em especial, à minha mãe, por entender, desde cedo, o alto valor de se fazer presente; aos meus amigos, por me serem escuta e apoio em tantas fases e desafios do percurso do mestrado; à minha orientadora e aos professores que compõem a banca, por toda generosidade em contribuir, de forma brilhante, cuidadosa e reflexiva, com esta pesquisa e com o meu crescimento, comprovando que existe afeto na academia... ainda bem.

“O afeto é revolucionário”
(Autor Desconhecido)

RESUMO

Diante da problemática de diminuta oferta de serviços e considerável taxa de evasão de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), a proposta deste estudo consiste em analisar as percepções que o ambiente desperta no usuário, a partir da afetividade, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Para isso, foi observada, a partir da afetividade, a configuração da relação pessoa-ambiente e as implicações psicossociais provocadas pelas experiências vividas no serviço. À luz de estudos da Psicologia Ambiental e do campo da Saúde Mental Coletiva, sob uma perspectiva de clínica ampliada, o estudo justifica-se na promoção de avanços às práticas desinstitucionalizantes, tomando conhecimento e viabilizando maiores condições de identificação, apropriação e pertencimento ao ambiente. Tem-se como objetivos específicos: compreender a afetividade da relação usuário-Centro de Atenção Psicossocial (Pessoa-Ambiente); investigar a possibilidade de relação entre a afetividade com o ambiente e a evasão do serviço e avaliar a satisfação do usuário com as práticas terapêuticas oferecidas pelo CAPS AD. A metodologia do estudo segue um desenho qualitativo, em que foi aplicado o Instrumento Gerador de Mapas Afetivos (IGMA), juntamente a entrevistas estruturadas, cujos resultados são examinados com o suporte da Análise de Conteúdo. Como resultados, inferiu-se que a relação do usuário com o CAPS AD apresenta uma estima potencializadora e sentimentos de quem está em casa, de quem se sente acolhido. Não foi identificada correlação de afetividade com o ambiente e a evasão do serviço, e a avaliação das práticas terapêuticas obteve majoritário resultado de satisfação, seguida de indicação de melhorias referentes à ampliação do cardápio de oferta de atividades de modelo não-biomédico, ao encurtamento do tempo de espera ao retorno médico e a investimentos em estrutura e recursos terapêuticos.

Palavras-chave: Saúde Mental Coletiva. CAPS. Atenção Psicossocial. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde e Ambiente.

ABSTRACT

Faced with the problem of a small supply of services and a considerable rate of evasion of users of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs, the purpose of this study is to carry out a survey of the affections that the CAPS AD environment awakens in users, observing the configuration of the person-environment relationship and the psychosocial implications provoked by the experiences lived in the service. In the light of studies in Environmental Psychology and the field of Collective Mental Health, from an expanded clinical perspective, the study is justified by promoting advances in deinstitutionalizing practices, gaining knowledge and enabling greater conditions for identification, appropriation and belonging to the environment. It aims to analyze the perceptions that the environment awakens in the user, based on affectivity, in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs. The study methodology follows a qualitative design, characterized as an intervention research, in which the Instrument Generating Affective Maps (IGMA) was applied, together with structured interviews, whose results are examined with the support of Categorical Content Analysis. As a result, it was inferred that the user's relationship with the CAPS AD presents a potentiating esteem and feelings of those who are at home, of those who feel welcomed. No correlation was identified between affectivity and the environment and dropout from the service, and the evaluation of therapeutic practices obtained a majority result of satisfaction, followed by indication of improvements regarding the expansion of the offer menu of non-biomedical model activities, the shortening of the waiting time for medical return and investments in structure and therapeutic resources.

Keywords: Collective Mental Health. CAPS. Psychosocial Care. Needs and Demands for Health and Environment Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil Sociodemográfico dos Participantes.....	29
Quadro 2: Modelo de Construção do Mapa Afetivo.....	30
Quadro 3: Caracterização dos Participantes.....	33
Quadro 4: Mapa Afetivo de Artur.....	40
Quadro 5: Imagem Afetiva em Relação ao Tempo.....	43
Quadro 6: Mapa Afetivo de Herlan.....	44
Quadro 7: Mapa Afetivo de Marizé.....	46
Quadro 8: Mapeamento Afetivo.....	48
Quadro 9: Metáforas sobre o CAPS AD.....	50
Quadro 10: Implicações da Religiosidade.....	53
Quadro 11: Melhorias em Práticas Terapêuticas.....	57

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. O contexto da Saúde Mental Coletiva de Quixadá.....	13
2.1 CAPS: um serviço substitutivo (?)	17
3. A relação pessoa-ambiente à luz da Psicologia Ambiental.....	20
4. Intersecções entre Psicologia Ambiental e Saúde.....	23
5. Ambiente e Território.....	25
6. O olhar para o ambiente em atividades terapêuticas numa perspectiva antimanicomial.....	27
7. Percurso Metodológico.....	29
7.1 Natureza da Pesquisa.....	29
7.2 Participantes.....	30
7.3 Instrumentos e Processos de Análises.....	31
7.3.1 Instrumento Gerador de Mapas Afetivos.....	31
7.3.2 Entrevistas.....	34
7.3.3 Análise de Conteúdo.....	34
7.4 Aspectos Éticos.....	35
8. Resultados e Discussões.....	36
8.1 Um lugar de Acolhimento.....	38
8.2 Mapeamento Afetivo e Algumas Reflexões.....	40
8.3 O CAPS AD é como.....	53
8.3.1 Casa Norte: CAPS-Casa e CAPS-Família.....	54
8.3.2 CAPS-Igreja.....	56
9. Análise e Impressões de Práticas Terapêuticas.....	59
10. Considerações Finais.....	63
Referências.....	68
Apêndice I: Instrumento Gerador de Mapas Afetivos.....	75
Apêndice II: Entrevista.....	78
Apêndice III: Mapas Afetivos.....	80
Apêndice III.I Mapas Afetivos de Evasão.....	86

1. INTRODUÇÃO

Durante toda minha graduação em Psicologia, na Universidade Federal do Ceará, integrei projetos de extensão por reconhecer nessas atividades a incorporação de teoria e prática, de fato, e por desejar conhecer que outros campos eram possíveis exercer a Psicologia para além da tradicional e concorrida clínica-escola. Então, durante os cinco anos de curso fui membro do Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisa sobre a Criança (NUCEPEC), que possui um forte viés para os campos de Direitos Humanos, Estatuto da Criança e do Adolescente, e pelo qual fui bolsista em um projeto de extensão com crianças institucionalizadas em unidades de acolhimento. Nessa experiência, pude perceber o quanto a relação do ambiente com a pessoa influencia nos sentidos que a pessoa atribui para a própria vida.

Na minha passagem pelo Laboratório de Relações Interpessoais (L'abri), também da UFC, acompanhei familiares de pessoas que chegavam até o ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Walter Cantídio por tentativa de suicídio. Nesse contato com pessoas em profundo sofrimento psíquico, pude compreender o processo de saúde-doença a partir da perspectiva do lugar, e como os aspectos psicossociais influenciam nesse sofrimento. Já no estágio final da graduação, facilitei um grupo terapêutico de autocuidado com Agentes Comunitárias de Saúde em uma Unidade Básica de Saúde, onde a insatisfação com o ambiente de trabalho e as relações a ele pertencentes, apresentaram-se como uma questão central a ser trabalhada no grupo.

Concluí a graduação no início de 2017, já carregando o desejo de ampliar o conhecimento e a atuação em Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde (SUS). O que me fez ingressar, em 2018, no Programa de Residência Interprofissional em Saúde, na ênfase de Saúde Mental Coletiva, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). O programa tem como objetivo a capacitação de lideranças técnico-científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente em Saúde, para o fortalecimento da carreira e do SUS. Através dele, na condição de profissional-residente, voltei ao interior do estado, para a minha cidade-natal, Quixadá, para atuar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Concluída a Residência, permaneci no cargo de Psicóloga do serviço, após ser efetivada pelo município, por meio de concurso público.

A experiência de atuar no Sistema Único de Saúde me proporciona ser tomada por sentimentos ambíguos tanto de satisfação e senso de justiça, por trabalhar para a população menos assistida, quanto de resistência à desmotivação advinda das inúmeras

carências e dificuldades cotidianas da realidade do serviço público brasileiro. Logo, candidatar-me ao Programa de Pós-Graduação de Gestão da Clínica (PPGGC) da Universidade de São Carlos simboliza resistência. Significa resistir à sensação de derrotismo ou acomodação que, por vezes, permeia quem trabalha com baixos incentivos e estrutura, ao passo que se investe em capital humano e conhecimento técnico.

Assim, minhas expectativas – felizmente contempladas – diante deste programa de Mestrado constituíram-se em torno de busca por aprendizagem, crescimento, estabelecimento de interlocução com o meio acadêmico, tanto com colegas quanto com o corpo docente, troca de experiências e possibilidade de (re)pensar sobre a construção e a gestão do Cuidado em Saúde Mental, especialmente no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), meu atual campo de trabalho.

Desviat e Bleicher (2018), afirmam que uma nova clínica só é possível se repensada e executada desde as equipes, em um processo que rompa a cisão entre quem faz a clínica e quem escreve sobre ela, pois as perguntas que são feitas pelos pesquisadores têm de ser as mesmas feitas pelos clínicos. Assim, percebi que algumas questões vinham me deixando inquietas em minhas vivências cotidianas. O CAPS AD de Quixadá possui o nome-fantasia de Casa Norte, com o propósito de simbolizar acolhimento, conforto e segurança que o ideal de uma casa oferece, assim como a possibilidade de apontar ou apresentar uma nova direção, um novo norte às vidas daqueles que assim desejarem. A equipe de profissionais, por sua vez, caracteriza-se e orgulha-se em ressaltar seu trabalho afetuoso e humanizado, tanto entre si, quanto com os usuários, a quem é dedicado um manejo cuidadoso e acolhedor, desde a sua chegada, e em todo seu percurso na instituição.

Por outro lado, a equipe frequentemente queixa-se ou explana que o usuário não adere ao serviço, ao tratamento; que o CAPS se mantém disponível e aberto a auxiliá-los no cuidado ao uso de substâncias, mas muitos não querem, não se vinculam ou logo abandonam. Há, dessa maneira, uma afetividade potencializadora partindo daqueles que representam o serviço. Entretanto, questionei-me como se encontram os usuários nesse contexto: será que eles compartilham dessa afetividade? Quais os sentimentos e as emoções que o ambiente desperta naqueles que o fazem uso? A responsabilidade pela não adesão ou evasão do usuário é unicamente dele? Ou não podemos/devemos considerar a nossa corresponsabilidade na qualidade de serviço de saúde diante dessa problemática?

Para se pensar e responder a esses questionamentos, faz-se necessário investigar se o ambiente da Casa Norte é, de fato, percebido pelos usuários de maneira a provocar a

afetividade concernente ao espaço de casa, como se propõe a instituição e como alega sentir a equipe profissional. Para tanto, considera-se que o ambiente é também um espaço emocional, para além do físico (CORRALIZA,1998), e indaga-se de que modo este ambiente e o que o habita podem influenciar nas presenças e ausências dos usuários.

Importante ressaltar que por afetividade, entende-se a integração entre emoções e sentimentos (SAWAIA, 2011). A autora define o conceito de emoções como episódios afetivos intensos, breves e centrados em acontecimentos que suspendem o fluxo normal de conduta, e sentimentos, como a representação de reações moderadas de prazer e desprazer. Pela força de ação, afetos potencializadores repercutem nos indivíduos, tornando-os mais ativos e participativos e, conseqüentemente, emancipados, ao passo que os afetos despotencializadores, pela força de padecimento, fazem com que os indivíduos se enxerguem mais fragilizados, agindo passivamente e, conseqüentemente, acabam por ter maior tendência a padecimento (SAWAIA, 2011). Bonfim (2010) acrescenta que a afetividade supera a dicotomia existente entre o micro e o macrosocial, uma vez que, ao ser expressada, designa uma relação dialética entre aquilo que é interno e externo, individual e coletivo, subjetivo e objetivo.

Sendo assim, o objetivo desse estudo consiste em analisar as percepções que o ambiente desperta no usuário, a partir da afetividade, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Como objetivos específicos tem-se: compreender a afetividade da relação usuário-Centro de Atenção Psicossocial (Pessoa-Ambiente); investigar a possibilidade de relação entre a afetividade com o ambiente e a evasão do serviço e avaliar a satisfação do usuário com as práticas terapêuticas oferecidas pelo CAPS AD. Para tanto, antes de se aprofundar sobre as relações pessoa-ambiente desenvolvidas no campo da pesquisa, vale conhecer um pouco o cenário mais amplo em que ele se situa e o lugar que ocupa na história de Quixadá.

2. O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA DE QUIXADÁ

Os CAPS são dispositivos de Atenção Psicossocial especializada pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011), e existem dois na sede da cidade de Quixadá, localizada no sertão central do Ceará: o CAPS II, especializado em assistência de sofrimento psíquico e transtornos mentais graves e moderados, e o CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), voltado ao atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

A cidade possui 88.320 habitantes (IBGE, 2020) e, enquanto o CAPS II, fundado em 1993, registra mais de 14 mil prontuários abertos, o CAPS AD atende a 1.564 prontuários, até o momento. Por um lado, o número muito inferior de pacientes atendidos se deve ao tempo de existência da instituição, que é bem mais curto, com data de fundação em 2011. Por outro lado, nota-se, no dia a dia de trabalho no CAPS AD, além da menor procura pelo serviço, comparado ao CAPS II, a recorrente ausência de usuários, que muitas vezes se mantêm assíduos apenas em dias de consulta médica.

Quixadá detêm uma histórica posição de vanguarda na política de saúde mental coletiva, a nível nacional. Um posicionamento o qual se deve muito à presença de representantes técnicos e estatais advindos da militância da Reforma Sanitária, de experiências práticas da implementação de uma nova política em saúde mental e do acompanhamento de debates nacionais e mundiais sobre o tema. Nomes como o do psiquiatra Jackson Sampaio, o médico Odorico Andrade e o prefeito Ilário Marques foram responsáveis por propulsionar mudanças culturais, estruturais e organizativas no âmbito da saúde mental do município, seguindo uma linha antimanicomial e territorializada (BLEICHER, 2019).

Até a década de 1990, o cenário da terapêutica em saúde mental de Quixadá contava com cerca de 15 encaminhamentos mensais para internações em hospitais psiquiátricos, variados casos de cárcere privado – pessoas em sofrimento psíquico mantidas em cárcere em suas próprias residências, por seus familiares –, tratamento medicamentoso padrão a todos os casos de demanda em saúde mental que chegavam ao hospital municipal, discriminação, por parte dos profissionais do hospital e um ciclo de atendimento à crise que consistia em conter quimicamente o paciente, dar alta hospitalar, e recebê-lo, novamente, dias depois, até o momento em que o coquetel medicamentoso não surtisse mais efeito e então, fosse encaminhado à internação em Fortaleza, sem qualquer procedimento de contrarreferência ou acompanhamento longitudinal do caso. Diante disto, fazia-se necessária uma mudança de cultura em toda a comunidade, pacientes, familiares e os próprios profissionais. Esta mudança seria um dos principais propósitos iniciais do CAPS de Quixadá (BLEICHER, 2019).

O CAPS II do referido município teve a equipe treinada antes de sua inauguração, em 1993, e atentou por agregar em sua constituição uma gestão democratizada, humanizada, inovadora, instituindo em sua gestão a figura do supervisor – formalmente, o primeiro supervisor de CAPS do estado do Ceará, representado por Jackson Sampaio. Com uma equipe integrada, o CAPS de Quixadá reconhecia o valor de cada profissional,

inclusive os de nível médio e fundamental, os chamados Auxiliares em saúde mental, que eram incluídos em espaços de discussão, como reuniões e supervisões, desde sua fundação (BLEICHER; SAMPAIO; GOMES, 2015). Dessa maneira, buscava-se evitar o trabalho alienado e a crise hierárquica envolvendo os profissionais de níveis superior e médio, pois, assim, todos detinham funções relacionadas ao cuidado com o usuário do serviço, sejam quais fossem suas formações, desde que houvesse a devida capacitação necessária para cada uma das funções e habilidade para a compreensão geral e manejo do fenômeno abordado (BLEICHER, 2019).

A supervisão sustentava um papel unificador da equipe, assim como incentivador de estudos e de discussões e formador de identidade ao ponto de, talvez, sem a qual, a equipe tivesse se desfeito e buscado por sua identidade em outros lugares, visto que muitos para lá foram trabalhar porque não se encaixavam em outras instituições. Entretanto, empoderados de suas atribuições e seu significado naquela nova política de saúde que se instaurava, os profissionais começaram a estruturar os atendimentos em formatos individuais, grupais e visitas domiciliares, formando um leque de ofertas de serviço que já era absolutamente inovador no município (BLEICHER, 2019).

O perfil dos profissionais do CAPS também era um diferencial. Parte deles era ou passou pela experiência de docência universitária em Universidades de Quixadá e de Fortaleza, o que facilitou a produção acadêmica pelos próprios profissionais, desde o início, assim como a abertura da instituição para servir como campo de estágios e pesquisas acadêmicas. Havia, também, na agenda da instituição, uma programação de seminários, internos e externos, oferecidos à sociedade quixadaense, abordando os mais diversos e polêmicos temas, da sexualidade à loucura, com o objetivo de tanto levar o CAPS para a comunidade, quando de atrair as pessoas para o serviço. (BLEICHER, 2019).

No CAPS, discutiam-se as rotinas organizacionais, como a importância de se manter reuniões de equipe semanais. Buscava-se pela horizontalização das relações entre os profissionais, a responsabilização da equipe inteira em contribuir para o projeto terapêutico, sob a coordenação da pessoa que desenvolveu maior vínculo com o paciente, quebrando a tradição de exclusivismo do psicólogo e do médico. Em algumas situações, o terapeuta emergente poderia ser de fora do CAPS, mas, supervisionado por este, compondo uma solução para que o paciente não fosse obrigatoriamente encaminhado para o serviço. Assim, o CAPS antecipava o que, posteriormente, seria chamado de matriciamento na política pública nacional de saúde (BLEICHER, 2019).

A coordenação do CAPS também foi pensada de forma inovadora: o coordenador não viria de um cargo administrativo comissionado, constituído dentro da hierarquia municipal de cargos. Ele seria eleito pela equipe, junto com um secretário geral. Ao fim do mandato, o secretário eleito assumiria a coordenação e outro secretário seria escolhido. A ideia inicial é que todos deveriam passar pela experiência de secretariar e coordenar, a fim de diminuir as diferenças entre dirigidos e dirigentes. Os prontuários, por sua vez, não seriam exclusivos de cada categoria profissional, mas, sim, do paciente, institucionalizado como responsabilidade coletiva, conforme o que é indicado pelo habeas data estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988 (BLEICHER, 2019).

O CAPS foi implementado com o objetivo de funcionar como o ponto articulador da política de Saúde Mental do município, porém, em Quixadá, o CAPS chega a ser confundido com ela, tamanha é sua representatividade na política. Os resultados esperados não se limitariam apenas aos dados terapêuticos, mas, incluiriam a qualificação da cidadania, o intercâmbio prática/pesquisa científica e a integração dos equipamentos e políticas sociais do município, abrangendo, por exemplo, políticas de geração de emprego e de alfabetização, através de parcerias com outros equipamentos de Quixadá, como, por exemplo, a Universidade Estadual do Ceará (BLEICHER, 2019).

Em contrapartida a tantas inovações e marcos de vanguarda, como o I Encontro CAPS/NAPS do Nordeste, promovido por Quixadá, em 1996, uma política que deixa a desejar no município consiste na política do Controle Social. No intervalo do estudo de Bleicher (2019), de 1993 a 2012, não foi identificado nenhum mecanismo de participação dos usuários quanto às deliberações do serviço. Também não foi fomentada a criação de associações de usuários ou familiares ou de cooperativas de trabalhadores.

No campo que envolve álcool e outras drogas e, conseqüentemente, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD, outras falhas podem ser observadas. O incentivo à cidadania, por exemplo, enfrenta obstáculos maiores com o público do CAPS AD, uma vez que se encontra maior resistência em oferecer emprego aos usuários de drogas. Diante disso, aparentemente, não foi criada nenhuma estratégia de enfrentamento à situação, diferente do que aconteceu no caso dos psicóticos no CAPS II (BLEICHER, 2019).

Outra distinção do CAPS AD está na sua implementação. Ele foi criado a partir do interesse dos técnicos e da gestão, para ampliar a equipe de Saúde Mental do município, em um momento em que o Ministério da Saúde estava incentivando os equipamentos nessa área. Apesar de o CAPS II ter passado por uma criação cuidadosa e

inovadora, em 1993, sendo tomado como referência nacional, o CAPS AD foi fundado, em 2011, sem passar pelas etapas de formação e estruturação prévias. De acordo com Bleicher (2019), falta ao CAPS AD metas específicas do serviço especializado: “entender a dependência como uma das manifestações de sofrimento psíquico mais a aproximava do CAPS Geral do que a afastava” (BLEICHER, 2019, p. 313). Além disso, a ideia inicial era fazer um CAPS AD para a comunidade, funcionando por vinte horas de forma intramuros e as outras vinte horas dedicadas a discussões e ações intersetoriais (BLEICHER, 2019). Entretanto, na prática, não tem sido bem assim, como será discutido mais à frente.

2.1 CAPS: UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO (?)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) consiste em um serviço de saúde aberto e comunitário, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), de referência para tratamento de pessoas, sejam adultos, crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico, incluindo os casos relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas - álcool e outras drogas-, cuja severidade ou persistência justifiquem seu atendimento em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e personalizado (BRASIL, 2004).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil foi inaugurado na cidade de São Paulo, em 1986: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. O início de uma reestruturação da Política de Saúde Mental brasileira, fruto de um intenso movimento social, inicialmente, protagonizado por trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários que sofriam com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Regulamentados pela Portaria GM 224/92, os CAPS têm como missão promover atendimento a esse perfil de pessoas de um dado território, oferecendo serviços clínicos e de reabilitação psicossocial, em um nível de cuidados intermediários, situados entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitar internações psiquiátricas e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social tanto dos usuários, quanto de seus familiares. Essa inclusão deve se dar pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários. Como um dispositivo de promoção de saúde e reabilitação psicossocial, vale ressaltar que o protagonismo dos usuários tem um papel fundamental

para o alcance dos objetivos dos CAPS: os usuários devem ser chamados e estimulados a participar da construção e das discussões sobre as atividades terapêuticas do serviço (BRASIL, 2004).

Já a Portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, determina que as atividades no Centro de Atenção Psicossocial devem ser realizadas, prioritariamente, em espaços coletivos, de forma articulada com outros pontos de atenção da rede, seja esta de saúde ou de outras naturezas (BRASIL, 2011). No entanto, no CAPS AD de Quixadá, o atendimento ambulatorial e individual caracteriza-se como o principal serviço ofertado da instituição, ainda que ele conte com uma equipe multiprofissional. Apesar da ampla gama de categorias profissionais, o atendimento médico, motivado pela disponibilidade de prescrição de psicofármacos, de acordo com os profissionais atuantes, segue sendo a assistência mais procurada pelo público. Sobre essa realidade, Bleicher (2019) aponta que a restrição a ações ambulatoriais está intrinsecamente relacionada com a ausência de mecanismos de participação popular, de propostas de oficinas na cidade e de abertura da gestão a inovações.

Essa carência de diversidade no leque de serviços terapêuticos pode estar prejudicando o alcance da razão de existir do CAPS, que é compor um serviço de saúde mental substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, assumindo um papel estratégico na rede de organização de cuidados de uma política de Saúde Mental proposta para diminuir a ainda significativa lacuna assistencial no acompanhamento de pacientes com transtornos mentais graves (BRASIL, 2004). Durante essa pesquisa, realizei um levantamento, a partir dos prontuários do CAPS AD de Quixadá, desde sua inauguração, em 2011, acerca das internações efetivadas, em outros espaços, por meio de encaminhamento do nosso serviço. Os resultados evidenciam que, excetuando-se as internações em hospitais gerais e em CAPS AD III, para fins de desintoxicação, houve tanto crescimentos, quanto reduções do número de internações, resultando em uma média de 1,1 internações ao ano, nos últimos 10 anos do CAPS AD de Quixadá, como ilustrado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Internações encaminhadas pelo CAPS AD

ANO	INTERNAÇÕES (Comunidades Terapêuticas/Hospitais Psiquiátricos)
2011	2

2012	2
2013	0
2014	0
2015	1
2016	0
2017	2
2018	1
2019	1
2020	1
2021	1

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Contudo, apesar dos números significativamente baixos registrados nos prontuários, posso afirmar, na qualidade de profissional do serviço em questão, que há, sem dúvida, subnotificação de referências para internações. O ano de 2022, por exemplo, não apresentou sequer uma internação nos documentos. Entretanto, estando presente, quase diariamente no CAPS AD, posso afirmar, com convicção, que elas aconteceram, incluindo situações de internação que demandaram matriciamento e discussão de caso com a equipe de profissionais. Com a constatação dessa problemática, comuniquei à equipe sobre os dados encontrados e abri um livro exclusivo para o registro de encaminhamentos a internações, a fim de que atentemos mais a essa prática e a esses números, que precisam ser fidedignos.

De acordo com Brasil (2004), as práticas realizadas nos CAPS devem se desenrolar em ambiente aberto, terapêutico e acolhedor, inclusive, para pessoas em situação de crise. Quando possível, deve ultrapassar a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, atentando-se ao sujeito e sua singularidade, incluindo tudo que lhe constitui: sua história, sua cultura, sua vida, de forma geral.

Diante disso, faz-se necessário repensar e reavaliar o ambiente do CAPS AD e a forma como as terapêuticas têm sido desenvolvidas nele. Como está o alinhamento com a política de Saúde Mental nacional, qual a implicação dos usuários na construção diária do seu projeto terapêutico, como o ambiente é preparado para os usuários e percebido por eles? O ambiente e as práticas têm se constituído, de fato, como antimanicomiais de um serviço substitutivo, estimulando o protagonismo e a corresponsabilização dos usuários?

3. A RELAÇÃO PESSOA-AMBIENTE À LUZ DA PSICOLOGIA AMBIENTAL

O CAPS AD funciona em uma casa, em bairro residencial da cidade. Conta com uma média sala-de-estar, com espaço para jardim de inverno, onde se fez a recepção, e cinco salas de atendimento. De paredes cremes e alguns quadros dispostos sem muita harmonia, não possui área de convivência. Os maiores cômodos que poderiam ser usados para este fim, ou acumula estantes, prateleiras e birôs pouco utilizados ou é muito quente e barulhento, devido ao gerador de energia solar.

Em sua área externa, aos fundos, há o espaço mais amplo da casa, e também o mais desperdiçado: muitas plantas crescidas em demasia, por não haver manutenção, pedras, placas caídas e entulhos dos antigos moradores, e, em um canto, mais próximo à casa, um tímido jardim, plantado e cuidado pela profissional auxiliar de serviços gerais e que, vez ou outra, atrai um usuário que pede para aguar-lo. Talvez este seja o lugar mais colorido e afetuoso da casa.

Na cozinha, o cômodo mais visitado do CAPS, há uma grande mesa usada pela equipe para reuniões, discussões de casos, cafés, recepção de visitantes ou novos residentes. Também já foi usada para facilitação de grupos, na antiga sede, onde os encontros costumavam ser realizados sem programação, recursos terapêuticos ou cuidado com o sigilo – visto que o lugar era aberto e rota de passagem de transeuntes.

Disponibilizo, abaixo, algumas imagens para a visualização concreta de como se instala, em partes, o ambiente da Casa Norte:

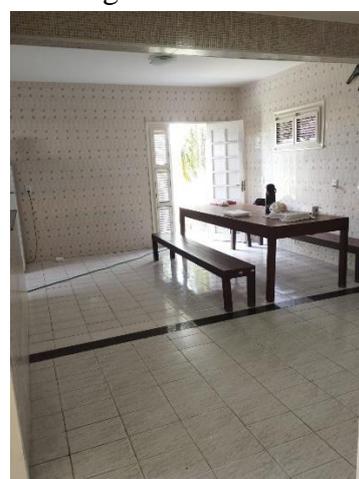
Figura 1: Entrada com vista à recepção.



Figura 2: Sala de Atendimento



Figura 3: Cozinha



Fonte: tirada pela própria autora

Imagem 4: Arquivo e Sala de Atendimento improvisada



Fonte: tirada pela própria autora

Imagem 5: Quintal



Fonte: tirada pela própria autora

Quando se pensa em ambiente é possível vislumbrar os impactos que ele pode provocar na vida das pessoas, partindo de diferentes perspectivas. A Psicologia Ambiental é uma delas. Proveniente da interdisciplinaridade entre a Psicologia e áreas externas, a Psicologia Ambiental começou a se afirmar como área distinta de estudo a partir da década de 1970, nos Estados Unidos da América (GUNTHER; ROZESTRATEN, 1993). De acordo com Bôlla e Bilioli (2019), ela se relaciona com a Psicologia da Percepção, a Psicologia Social e três principais campos de saber: Arquitetura e Planejamento Urbano; Geografia; e Ciências Biológicas e Ecológicas.

No Brasil, trata-se de um ramo relativamente novo da Psicologia, ainda em processo de descoberta. Entretanto, a área da Psicologia Ambiental é muito extensa, e merece atenção por preocupar-se, especialmente, com problemas locais e específicos, uma vez que não falta ambiente que mereça ser estudado (GUNTHER; ROZESTRATEN, 1993).

O objeto de estudo da Psicologia Ambiental consiste na influência mútua de fatores ambientais e comportamentais, incluindo elementos afetivos, simbólicos. Ou seja, ela se preocupa em estudar os modos pelos quais o ambiente influencia o comportamento

das pessoas, considerando os aspectos social e físico do ambiente e, no sentido contrário, como o comportamento das pessoas atinge os ambientes ao seu redor (CORRAL-VERDUGO, 2005).

Vale ressaltar que o ambiente é entendido pela Psicologia Ambiental como construção sóciofísica, cultural e temporal. Ele não é somente aquilo que circunda o indivíduo, que o serve como pano de fundo. Mais do que isso, ele desperta impressões em sua subjetividade, podendo se configurar, inclusive, como parte integrante dela, além de gerar impactos na saúde ou, ao contrário, sofrimento psíquico (BONFIM; SOUZA, 2018). Corral-Verdugo (2005) explica que, por um lado, há um ambiente objetivo, tangível, composto por elementos físico-químicos, em uma dimensão física da realidade, que tanto nos provoca sensações, percepções e ações, como é afetado por nosso comportamento. Por outro lado, as pessoas, na condição de sujeitos sociais, criam e também se expõem a ambientes de elementos culturais, simbólicos e convencionais. O ambiente criado-pelo-homem da cultura, portanto, das normas e das leis também estimula nossos organismos. É a partir, então, desses dois aspectos da realidade – material e cultural – que se constitui o ambiente sóciofísico.

Ao estudar as inter-relações entre pessoa e ambiente, a Psicologia Ambiental inclui tanto ambientes naturais quanto construídos e, partindo-se da premissa de que a relação pessoa-ambiente é de reciprocidade, considera-se que um afeta o outro e, assim, o sujeito se constrói a partir de sua experiência com a realidade sóciofísica, ao mesmo tempo em que também é produtor desta realidade. Dessa maneira, além de entender que todo comportamento humano acontece em interação com o ambiente, há a ideia de bidirecionalidade nessa interação, de modo que os aspectos psicológicos são analisados de maneira implicada com o ambiente, nunca isolados dele (GÜNTHER; ROZESTRATEN, 1993). Corral-Verdugo, (2005) corrobora essa ideia ao afirmar que o ambiente é afetado pelas ações e disposições humanas e, concomitantemente, os aspectos psicológicos são influenciados pelos fatores ambientais.

Observando, portanto, essa relação pessoa-ambiente no contexto do CAPS, e as possíveis reverberações que ela pode proporcionar em ambos os elementos, incluindo os aspectos psicológicos e o processo de saúde-sofrimento psíquico, buscou-se por referências científicas que abordassem o tema. Ou, de maneira mais geral, que aproximassem ou correlacionassem a Psicologia Ambiental e a Saúde Mental, a fim de se inteirar sobre como se encontra o estado atual de produção de conhecimento sobre o tema e de que maneira esses estudos podem contribuir para essa pesquisa.

4. INTERSECÇÕES ENTRE PSICOLOGIA AMBIENTAL E SAÚDE

Goffman (1974) relaciona o tema saúde mental às condições ambientais, quando discute acerca das implicações psicossociais dos ambientes manicomial sobre o sujeito. De acordo com o autor, lugares onde se perdem objetos pessoais, familiares e referenciais de casa, caracterizando a despersonalização da institucionalização, implicam no rompimento dos laços com os lugares. Dessa maneira, o autor assegura que a saúde mental também está vinculada ao lugar como referência subjetiva.

Amarante (2007), por sua vez, defende que os campos da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial devem ser estruturados de maneira flexível e acolhedora, evitando transformarem-se em ambientes repetitivos e burocratizados. Assim como devem ser pensados como um processo, e não como um modelo ou sistema fechado. Esse processo, por sua vez, precisa ser social, dinâmico e aberto a novas transformações envolvendo dimensões sociocultural, política, ideológica e ética. Sob esse olhar, o autor cita exemplos exitosos de atividades que vão da organização de programas de rádios, a festivais de música e escolas de samba, com a participação de todos os atores sociais envolvidos na reforma psiquiátrica. Além da função terapêutica, inclusiva e psicossocial, Desviat e Bleicher (2018) acrescentam que as manifestações artísticas representam formas de empoderamento, expressão da cultura local e têm na saúde mental sua bandeira de luta.

Quando olhamos para o ambiente no contexto da Saúde Mental, para como ele se estrutura, fisicamente, e como serve de espaço para realização de encontros, vínculos e atividades coletivas de diferentes naturezas, podemos perceber a importância de se atentar para a relação pessoa-ambiente e as implicações que ela pode promover nesse campo.

Segundo Tuan (2018), o espaço é transformado em lugar quando são criadas identificações, sentidos e afetos. O lugar torna-se, então, uma categoria fundamental de mediação para a construção da subjetividade. Nas relações bidirecionais entre pessoa e ambiente, estudadas pela Psicologia Ambiental, o ambiente é entendido como extensão da identidade dos indivíduos, de maneira que, quanto mais específico o nível social, maior o poder de identificação (MOSER, 1998).

Identificando-se com o espaço, o sujeito apropria-se dele. Bonfim e Sousa (2018) apontam que a apropriação do espaço, como forma de criação e de identificação, produz transformação e reconhecimento de si mesmo nos lugares, o que vai ao encontro do conceito de Promoção de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986). A concepção de Promoção de Saúde ressalta a importância de capacitar pessoas e

comunidades ao protagonismo, para serem sujeitos ativos de transformação de determinantes de saúde. Pois, empoderados e apropriados dos espaços que ocupam e transformam, podem promover benefícios próprios e alcançar melhorias para sua qualidade de vida.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), Promoção de Saúde contempla cinco campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Vale ressaltar, portanto, que ambientes saudáveis remetem a ambientes restauradores, ou seja, ambientes que oferecem uma organização que leva a sentimentos de familiaridade, pertencimento e restauros psicológicos, além de demandar atenção involuntária, interesse espontâneo e suprir as necessidades de seus usuários (ALVES, 2011). Ademais, de acordo com Gressler e Gunther (2013) há pesquisas que apontam a relação de fatores do ambiente com a promoção do bem-estar do ser humano, e reforçam o movimento interdisciplinar entre a Psicologia e outras áreas.

Além disso, o lugar com o qual o sujeito se identifique e do qual se aproprie, pode ser um aspecto importante para evitar a evasão do tratamento e promover prevenção da saúde. Segundo Pol (1996), apropriar-se do espaço público é uma forma de reduzir a segregação socioespacial e, conseqüentemente, impactar na promoção da saúde, visto que esta se dá a partir de uma combinação de ações planejadas, de ordem que extrapolam a saúde e envolvem outras áreas, como Educação, gestão, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde (BOMFIM; SOUSA, 2018).

Estudos realizados principalmente na Europa e na América do Norte revelam evidências que associam a presença de áreas verdes com efeitos positivos à saúde. Proximidade a áreas verdes são associadas a menos sofrimento psíquico, menor índice de obesidade e menor risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, entre outros benefícios à saúde. Além disso, o contato com o verde diminui o estresse, aumenta a coesão social e o nível de atividade física. Por essa razão, grandes cidades têm investido em planos de arborização como estratégia para melhorar a saúde urbana como um todo (RIBEIRO; MOTA; GIRALDEZ, 2019).

As interrelações entre Saúde Coletiva e Psicologia Ambiental precisam ser mais exploradas, pois estudos interdisciplinares focados nesse tema podem contribuir para fomentar atenção aos impactos significativos das áreas verdes na relação pessoa-

ambiente, na saúde coletiva e no cotidiano das pessoas. Portanto, analisar quais os efeitos das áreas verdes na saúde mental das pessoas é de grande importância para nos aproximar da compreensão da interrelação entre condição de vida a qualidade ambiental, tanto na prevenção, quanto na promoção da saúde (RIBEIRO; MOTA; GIRALDEZ, 2019).

Outra leitura que aproxima a Psicologia Ambiental do campo da Saúde diz respeito à apropriação do ambiente. De acordo com Petit (1976), o lugar pode ser apropriado ou apropriante: o primeiro gera identificação, e o segundo, alienação. O lugar, quando tomado como uma extensão da identidade, pode representar uma importante dimensão para adesão ao tratamento e para a prevenção da saúde.

A apropriação do espaço, como expressão de criação e de identificação, vai de encontro à alienação e à passividade do sujeito. Apropriar-se do espaço consiste em uma forma de transformação e de reconhecimento de si mesmo, tanto nos lugares como em suas próprias ações. Um processo que se alinha à ideia de Promoção da Saúde já recomendada pela Carta Ottawa: a capacitação de pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986). O que desperta a atenção na Carta de Ottawa são o protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, ou seja, de que se desenvolva a habilidade de atuar em benefício da própria qualidade de vida, assumindo-se um posicionamento ativo, enquanto sujeitos e também enquanto comunidades; e é no território que os processos de identificação e empoderamento na saúde acontecem.

5. AMBIENTE E TERRITÓRIO

Bomfim, Freitas e Campos (1992) identificam a Psicologia Ambiental como uma área emergente da Psicologia Social brasileira, mais relacionada à Psicologia Social Crítica e à Psicologia Comunitária, fazendo-me pensar sobre possíveis diálogos que podem ser estabelecidos entre a Psicologia Ambiental e o território em saúde. O conceito de território, entretanto, é utilizado por diferentes campos do saber.

Segundo Vallejo (2009), território é empregado, tradicionalmente, pelas Ciências Naturais, com ênfase no estudo da Ecologia das espécies e das populações naturais. Contudo, as Ciências Sociais também se utilizam do conceito de forma que, nas Ciências Políticas, por exemplo, o território está intimamente relacionado com a formação do Estado, enquanto que, na Antropologia, o conceito é mais relacionado às sociedades tradicionais, onde os vínculos espaciais apresentam alta relevância. Já na Geografia,

território é composto pela integração entre o espaço físico e os processos sociais nele existentes.

Assim, território trata-se de um conceito que detém níveis de compreensão e de organização distintos. Vallejo (2009) ressalta, ainda, que a noção de território é posterior ao espaço: o espaço torna-se território na medida em que há sobre ele a ação de um ator. Portanto, o território é um espaço geográfico ocupado por um ser - ou um conjunto deles - sobre o qual são manifestadas suas relações de sobrevivência e de reprodução.

Diante disso, entende-se que território não se resume a uma área geográfica, embora sua geografia também seja relevante para caracterizá-lo. O território é composto, fundamentalmente, pelas pessoas que nele habitam, assim como seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, famílias, instituições, seus cenários, como um todo (BRASIL, 2004). O conceito de território transcende as fronteiras geográficas ou regionais por incluir as redes de relações e de afetos que nele habitam: “O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (BRASIL, 2005, p. 13).

A complexidade da compreensão do território, considerando toda a heterogeneidade deste conceito, representa uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de suas questões de saúde. Além disso, permite a avaliação dos reais impactos que os serviços promovem sobre os níveis de saúde da população, possibilitando a abertura de espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o lugar da vida cotidiana das pessoas (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Existe uma dimensão político-operativa do sistema de saúde a qual o território pertence, uma vez que o SUS se organiza baseado num substrato territorial (SANTOS; RIGOTTO, 2011). As ações e estratégias de saúde são planejadas a partir de uma delimitação espacial previamente determinada. Dentro de um território de uma unidade de saúde são traçadas áreas e, dentro destas, tem-se várias microáreas delimitando mais ainda os espaços para atuação das equipes de saúde (SILVA NETO *et al*, 2021).

Mas para além dessa dimensão, por representar o cotidiano vivido da interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, o território se caracteriza de forma singular: cada território possui uma população específica, vivendo em tempo e espaço definidos, com problemas de saúde distintos (SANTOS; RIGOTTO, 2011). O território em saúde configura-se em algo maior do que um depositário de atributos da população; seria também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada, que influi no processo de saúde-doença da população e que se mantém em permanente construção (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Silva Neto *et al.* (2021) afirmam que conhecer o território, o que inclui os fatores determinantes e condicionantes do contexto da saúde, facilita o trabalho da equipe de profissionais da saúde atuante, que pode pensar de forma mais específica e eficaz acerca de cada problemática identificada. Dessa forma, o conhecimento prévio e aprofundado do território propicia a elevação da qualidade dos atendimentos e terapêuticas em saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida da comunidade (SILVA NETO *et al.*, 2021).

Dito isto e diante da polissemia contida no conceito de território, concebe-se que os sentimentos desenvolvidos e permeados pelo território também fazem parte dele. Sobre isso, a Psicologia Ambiental aponta que a identificação com o ambiente, assim como a sensação de acolhida e de segurança que o espaço transmite, são fundamentais para a construção do sentimento de pertença ao ambiente. Os vínculos estabelecidos entre pessoas e lugares são tão importantes para o indivíduo quanto os vínculos formados entre pessoas (BÔLLA; MILIOLI, 2019). Pol (1996) ressalta, ainda, que o vínculo afetivo positivo estabelecido com os lugares representa a base para o cuidado com o território e para o bem-estar pessoal sentido naquele ambiente.

Há, portanto, uma dimensão não material de território. Haesbaert (1997 apud FUINI, 2017) evidencia, à luz de processos históricos e socioespaciais, uma concepção de pertencimento ao território, de identidade cultural. Dessa maneira, há uma construção de significado tanto material quanto simbólica de valores em relação ao território, que podem apresentar natureza ética, espiritual, afetiva, política, de poder e subjetiva de apropriação e de identidade social com o espaço. É nessa perspectiva, portanto, que pretendo aproximar os conceitos de território e ambiente nessa pesquisa, uma vez que ambos possuem suas constituições materiais e imateriais e essa pesquisa tratará da relação pessoa-ambiente na área da Saúde Coletiva, a partir da perspectiva da Psicologia Ambiental, campos onde os conceitos são mais utilizados, respectivamente.

6. O OLHAR PARA O AMBIENTE EM ATIVIDADES TERAPÊUTICAS NUMA PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL

Como já apresentado previamente, os CAPS podem oferecer distintos tipos de atividades terapêuticas, fazendo uso de recursos que vão além de consultas e de psicofármacos, o que caracteriza a clínica ampliada: uma ideia de clínica que vem sendo (re)construída nas práticas de Atenção Psicossocial, de forma antimanicomial e que

desperta mudanças nos modelos tradicionais de compreensão e de tratamento do sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Na Clínica Ampliada, faz-se necessário criar, observar, ouvir, estar atento à complexidade e à integralidade da vida das pessoas, que não se restringe ao adoecimento ou sofrimento. Para tanto, é preciso que, ao se definir atividades terapêuticas nos CAPS, repensem-se os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas, incluindo técnicos, usuários, familiares e comunidade (BRASIL, 2004).

O atendimento em grupo, por exemplo, pode ser realizado em diferentes formatos de oficinas: terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização, culturais, assim como em grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, entre outros, a depender das habilidades dos profissionais. As oficinas terapêuticas, no entanto, são – ou deveriam ser – uma das principais formas de tratamento oferecido pelo CAPS. Tratam-se de atividades grupais, realizadas com a presença e orientação de um ou mais profissionais, nas quais se realizam tarefas escolhidas de acordo com cada contexto: o interesse dos usuários, as capacitações dos técnicos do serviço, as necessidades, considerando uma maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemáticas, o desenvolvimento de competências corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, seja em intervenções individuais ou grupais, o ambiente detém importante papel diante do desenvolvimento daquilo que se propõe ser terapêutico. De acordo com Valera e Pol (1994), os vínculos humanos com os lugares são tão relevantes para o indivíduo quanto os vínculos estabelecidos entre pessoas ou grupos. O vínculo afetivo positivo com os lugares é tomado como a base para o cuidado com o território e para o bem-estar pessoal sentido no ambiente. Quando o ambiente favorece os processos de identificação, apropriação (BOMFIM; SOUSA, 2018) e restauros psicológicos (ALVES, 2011), ele contribui para a promoção de saúde a partir de uma concepção antimanicomial e de clínica ampliada.

Partindo do princípio que o CAPS se configura como um equipamento substitutivo ao manicômio e a principal estratégia da reforma psiquiátrica, existem condições de recursos físicos exigidos para os CAPS's, tais como consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; refeitório e área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

O ambiente do CAPS deve ser terapêutico e acolhedor, possibilitando a inclusão de pessoas em situação de crise, que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. Essas atividades devem transcorrer em ambiente aberto, inserido na cidade, no bairro, ultrapassando, muitas vezes, a própria estrutura física da instituição, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, incluindo sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

É preciso, no entanto, refletir sobre até que ponto um espaço é acolhedor e entendido como transitório, rumo a outros espaços sociais e comunitários ou acabam por não incentivarem essa passagem. De acordo com Bleicher (2015), há relatos de profissionais do CAPS II de Quixadá de que pacientes acabam se tornando dependentes do serviço, apresentando-se resistentes ao desligamento, ainda que detenham condições de realizar suas atividades cotidianas sozinhos. Uma possível explicação levantada nas entrevistas aos profissionais do estudo está nos sentimentos de acolhimento e respeito aos pacientes do CAPS, que fazem com que, mesmo sem a necessidade de ir para o serviço, sentem-se bem e, por isso, lá permanecem.

Contudo, quais os efeitos do ambiente do CAPS AD em seus usuários? O lugar, as terapêuticas e a afetividade despertada pelo ambiente se manifestam positiva ou negativamente nos pacientes? Atendem, ao final, às concepções de um serviço psicossocial antimanicomial?

7. PERCURSO METODOLÓGICO

7.1 NATUREZA DA PESQUISA

A proposta metodológica deste estudo segue um delineamento qualitativo. A pesquisa qualitativa, conforme Minayo e Sanches (1993), auxilia na construção do objeto estudado, facilita a descoberta de dimensões ainda não conhecidas do problema em questão, assim como a elaboração e a comprovação de novas hipóteses. Trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

A análise qualitativa tem como principal verbo o ‘compreender’. Como compreender concebe-se o exercício de se colocar no lugar do outro, a partir da singularidade do indivíduo, considerando que este está sempre inserido em um contexto social, cultural, coletivo e intersubjetivo. Existe um caráter parcial e inacabado dessa compreensão, uma vez que tanto os entrevistados quanto os pesquisadores são limitados

em suas capacidades de interpretação e compreensão. Entretanto, vale ressaltar que essa limitação não prejudica a fidelidade que a análise qualitativa apresenta sobre o campo de pesquisa (MINAYO, 2012).

5 Assim, em busca de compreender o objeto de pesquisa desse estudo, foram efetuadas três etapas metodológicas: o recrutamento dos participantes da pesquisa, a aplicação do Instrumento Gerador de Mapas Afetivos (IGMA) e a entrevista estruturada. A princípio, o recrutamento e a seleção dos participantes foram realizados pela pesquisadora, de forma presencial ou via telefone, tomando como facilitador desse contato, a premissa da existência de um vínculo já estabelecido do usuário com o CAPS AD, seja por meio da pesquisadora - que também é profissional do serviço -, seja por outros membros da equipe.

7.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 14 usuários do CAPS AD. Destes, 12 são usuários ativos em seu tratamento, com intervalo máximo de três meses entre as idas ao serviço. Este foi o critério estabelecido por se tratar, em geral, do maior tempo de retorno ao psiquiatra – psicólogos e grupos terapêuticos, que são os principais atores de atendimento do serviço, funcionam com retornos em espaços de tempo menores, semanal ou quinzenalmente.

Os outros dois (02) participantes encontram-se afastados do serviço há pelo menos um ano, uma vez que um dos objetivos do estudo é investigar a possibilidade de relação entre a afetividade com o ambiente e a evasão do serviço. Portanto, buscou-se por aferir esse constructo tanto de quem se faz presente no ambiente do CAPS, quanto de quem se evadiu. A diferença quantitativa entre os dois grupos deu-se devido à grande dificuldade de contactar usuários que se afastaram.

A busca por usuários que passaram por evasão deu-se por meio dos prontuários do serviço pertencentes ao arquivo morto. Foram inspecionados 200 prontuários, abertos no período de 2013 a 2019, e tentado contato telefônico com todos eles. Nesse processo, foram constatados alguns óbitos, mudança de cidade, migração para a zona rural, internação ou, na maioria das vezes, o contato não correspondia com a pessoa procurada ou não funcionava mais. Diante destas adversidades, partiu-se às visitas domiciliares, e foi assim que foi possível encontrar duas pessoas que aceitaram participar da pesquisa. Abaixo, tem-se o perfil encontrado entre os participantes da pesquisa, em que se contempla informações acerca de identidade de gênero, idade, escolaridade, renda familiar, e tempo de tratamento no CAPS AD:

Quadro 1 - Perfil Sociodemográfico dos Participantes

IDENTIDADE DE GÊNERO	9 M (64,2%) 5 F (35,7%)
IDADE	Entre 20 e 69 anos
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental Incompleto – 4 (28,6%) Ensino Médio Completo – 3 (21,4%) Sem Estudos - 2 (14,3%) Ensino Fundamental Completo - 2 (14,3%) Ensino Superior Incompleto – 1 (7,1%) Ensino Superior Completo – 1 (7,1%) Pós Graduação – 1 (7,1%)
RENDA FAMILIAR (em Salário Mínimo)	1 (71,4%) 1 a 3 (28,6%)
PROFISSÃO	Aposentado – 2 (14,3%) Desempregado – 3 (21,4%) Servidor Público – 2 (14,3%) Autônomo – 2 (13,3%) Outros – 5 (35,7%) (agricultor, dona de casa, padeiro e auxiliar de serviços gerais)
TEMPO NO SERVIÇO	5 meses a 11 anos

Fonte: Elaborada pela Autora (2023).

7.3 INSTRUMENTOS E PROCESSOS DE ANÁLISES

Para o levantamento de informações dos usuários, foram utilizadas como principais ferramentas o Instrumento Gerador de Mapas Afetivos (IGMA) e as Entrevistas. Para a análise das informações, utilizou a Análise de Conteúdo. Tais procedimentos são descritos a seguir.

7.3.1 INSTRUMENTO GERADOR DE MAPAS AFETIVOS

Para a apreensão afetiva, foi aplicado o Instrumento Gerador de Mapas Afetivos (IGMA). Esta ferramenta consiste em um método qualitativo, com análise quantitativa complementar, de coleta e análise de dados a partir de interpretação e comparação entre imagens e linguagens resultantes da construção de desenhos, metáforas e escores da Escala de Estima de Lugar (BOMFIM *et al.*, 2014). O método destaca-se por ir de encontro à supremacia dos métodos tradicionais de pesquisa, que privilegiam os aspectos

cognitivos, ao possibilitar o acesso às afecções dos sujeitos em relação ao ambiente que frequentam, apreendendo as sensações, os sentimentos e as emoções, partindo de uma linguagem interior do indivíduo, a fim de torná-la expressão exterior (PACHECO, 2018).

Metodologicamente, o IGMA é integrado por quatro principais etapas: o desenho do ambiente pesquisado, o inquérito sobre o desenho, a Escala de Estima de Lugar e o questionário de perfil sociodemográfico (BOMFIM *et al.*, 2014). O processo de articulação e interpretação dos elementos levantados nos itens do IGMA resulta nos mapas afetivos, cujo modelo de construção está ilustrado no Quadro 2. Nele é explicado como se identifica o elemento correspondente a cada lacuna:

Quadro 2 – Modelo de Construção do Mapa Afetivo

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: Escolaridade:		I.G.:	Idade:
		Tempo no Serviço:	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Explicação do participante sobre o desenho	Atributos do desenho e do CAPS AD, pontuados pelo participante.	Expressão afetiva do participante em relação ao desenho e ao CAPS AD.	Comparação do CAPS AD com algo, elaborada pelo participante.
Espaço reservado para inserir o desenho feito pelo participante.		SENTIDO	
		Interpretação dada pelo investigador à articulação de sentidos entre as metáforas do ambiente e as outras dimensões atribuídas pelo respondente (qualidade e sentimentos).	
Índice de Estima de Lugar (IEL): Resultado quantitativo obtido pela Escala.		Imagem: Imagem afetiva resultante da análise qualitativa.	

Fonte: Elaborado por Pacheco (2018), com adaptações da autora desta dissertação (2023).

A imagem do mapa afetivo – localizada na última lacuna do quadro – é construída ou selecionada a partir da análise do texto, do sentido e das intenções implícitas nas

respostas do participante (BOMFIM, 2010). Nessa dimensão, busca-se visualizar os aspectos essenciais expressos pelo respondente e individualizar o sentido geral, formulando uma explicação ou definição da imagem a partir da metáfora, que é articulada tanto com o sentimento quanto com a qualidade atribuída pelo respondente (BOMFIM, 2010).

São cinco as principais imagens categorizadas pelo IGMA e identificadas por análise qualitativa: Pertencimento, Agradabilidade, Insegurança, Destruição e Contrastes. Segundo Pacheco (2018), a imagem de Pertencimento representa identificação da pessoa com o lugar. Agradabilidade não se refere à identificação, mas ao sentimento de prazer e vínculo com o ambiente devido às suas agradáveis características. A Insegurança indica instabilidade, sentimentos de medo e ameaça. A imagem da Destruição denota um ambiente visto como mal preservado, danificado e destruído. Já a imagem de Contraste significa uma ambivalência de sentimentos, emoções e palavras, retratando tanto experiências positivas quanto negativas, vividas no ambiente sobre o qual se pesquisa. Segundo o autor, existe, ainda, abertura para a formulação de outras imagens afetivas, por considerar a dinâmica singular de cada ambiente pesquisado e a adaptabilidade do instrumento ao contexto. No entanto, neste estudo, não foi necessário.

O arranjo das imagens afetivas compõe a estima de lugar, que consiste em uma síntese do encontro da pessoa com o ambiente, revelando a afetividade decorrente dessa inter-relação. Concebida nas Psicologia Ambiental e Psicologia Social, a estima de lugar configura-se em uma categoria que reúne representações sociais do sujeito acerca de sua forma de sentir, pensar e agir sobre o ambiente (PACHECO; BOMFIM, 2022).

Na etapa quantitativa, ou psicométrica, a Escala de Estima de Lugar (BOMFIM *et al.*, 2014) é composta por uma escala Likert de cinco pontos, com a qual é possível calcular a estima do indivíduo em relação ao lugar, por meio da diferença dos fatores potencializadores (Fator I) e despotencializadores (Fator II):

$$E = \text{Fator I} - \text{Fator II}$$

A estima de lugar versa sobre a implicação dos sujeitos com seus lugares, de maneira que se considera uma estima potencializadora quando há um aumento da potência de ação do indivíduo (BOMFIM, 2010), e, desta maneira, o cálculo da escala resulta um escore final positivo, evidenciando elevados graus de aproximação com os itens relacionados às imagens de Agradabilidade e de Pertencimento (Fator I). Em

contrapartida, a estima de lugar é tida como despotencializadora quando há uma potência de padecimento no indivíduo, ou seja, percebe-se uma incapacidade de implicação psicossocial e de transformação da realidade. O escore final do respondente apresenta um valor negativo, inferior a zero, o que demonstra um grau elevado de concordância com os itens referentes à Destruição e Insegurança (Fator II) (BOMFIM *et al.*, 2014).

A partir dos dados encontrados pelo IGMA, foram elaborados os mapas afetivos, um para cada participante da pesquisa. Os mapas afetivos expressam os sentimentos e as emoções, ou seja, a afetividade do sujeito referente ao ambiente, assim como sua implicação psicossocial (BOMFIM, 2010; PACHECO, 2018). Os resultados desta primeira etapa foram examinados com suporte da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

7.3.2 ENTREVISTAS

Para levantar a relação da afetividade com o espaço, assim como a satisfação do usuário com as práticas terapêuticas oferecidas pelo CAPS AD, logo após o IGMA, foram aplicadas entrevistas abordando as experiências vivenciadas pelos usuários durante o tratamento, e as possíveis repercussões delas em suas vidas. As entrevistas foram realizadas de forma escrita, respondidas pelos participantes, e as pessoas não-alfabetizadas foram auxiliadas pela pesquisadora, que preencheu o instrumento com as respostas verbalizadas pelo participante, contando com o recurso da gravação e transcrição das entrevistas, a fim de garantir fidedignidade das informações.

Os dados registrados poderão ser usados posteriormente para auxiliar a replicabilidade do estudo, como também para a promoção de processos de formação entre os profissionais do CAPS AD, como é explicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, pretende-se gerar reflexões tanto nos profissionais quanto nos participantes voluntários, e abertura de possibilidades para a reorganização e reelaboração de manejos clínicos, ampliando, inclusive, a utilização de práticas da Clínica de Cuidado em Saúde.

7.3.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

As entrevistas, cujas respostas foram escritas a próprio punho pelos entrevistados, ou transcritas pela pesquisadora, nos casos de participantes não letrados, foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo, assim como a etapa qualitativa do Instrumento Gerador de Mapas Afetivos.

A Análise de Conteúdo é compreendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações. Um instrumento caracterizado por sua adaptação à cada realidade das informações (BARDIN, 1977). As etapas da análise seguiram-se da seguinte maneira: I) *Pré-Análise*, onde os dados brutos logrados pelo IGMA e pelas entrevistas são escaneados – aqueles que foram escritos a próprio punho pelos participantes – ou digitados – aqueles que foram gravados e transcritos pela pesquisadora – e, em seguida, é feita uma leitura exaustiva sobre eles; II) *Codificação do Material*, uma fragmentação do texto, com o objetivo de organizá-lo a partir das presenças, ausências e repetições de temas ou sentidos, para que se catalogue os dados brutos em unidades úteis; e, por fim, III) *Categorização*, na qual as unidades são classificadas, mediante a saturação dos conteúdos, que possibilita a construção de categorias a partir de unidades de sentido, e a identificação das dimensões necessárias à formação do mapa afetivo, tais como significado, qualidade, sentimento e metáfora (BOMFIM, 2010).

Como unidades de sentido resultantes desta análise, obteve-se as categorias: Lugar de Acolhimento, CAPS-Casa, CAPS-Família e CAPS-Igreja, que serão apresentadas e discutidas mais à frente.

7.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por fim, vale salientar que a pesquisa em questão respeita os parâmetros éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) e suas complementares. Foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Carlos, sendo aprovado com o parecer de número 5.680.178 e as identidades dos participantes foram mantidas sob sigilo, sendo usados nomes fictícios, como forma de garantir a integridade de todos. Após a aprovação do Comitê de Ética, o título da Pesquisa sofreu uma breve modificação: o termo ‘análise de intervenções terapêuticas no CAPS’ foi substituído por ‘análise a partir da afetividade’, uma vez que esta forma se aproxima mais dos dados obtidos durante o estudo.

Ademais, as metodologias não são invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem a própria relação com o serviço, assim como constrangimento, pelo fato da pesquisadora trabalhar na instituição de saúde, atuando como psicóloga. Diante dessas situações, os

participantes tiveram garantidas pausas e liberdade de não responder as perguntas caso as considerassem constrangedoras, podendo interromper o processo a qualquer momento.

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Instrumento Gerador de Mapas Afetivos (IGMA), o modelo de Entrevista utilizado e os demais Mapas Afetivos elaborados para cada respondente – que não serão expostos nesse momento – encontram-se em apêndice. Alguns recortes deles serão apresentados neste capítulo, a fim de ilustrar os resultados obtidos e embasar reflexões. Uma vez já exposto o perfil da amostra, tem-se, logo abaixo, os dados sociodemográficos, organizados por sujeito participante – ressaltando-se que se tratam de nomes fictícios:

Quadro 3 – Caracterização dos Participantes

NOME	IDENTIDADE DE GÊNERO	IDADE	ESCOLARIDADE	RENDA FAMILIAR (em salário mínimo)	TEMPO NO SERVIÇO
Gaspar	F	20	Ensino Fundamental Completo	1 a 3	3 anos
Lopes	M	28	Ensino Médio Completo	1 a 3	1 ano e 6 meses
Cristina	F	69	Ensino Fundamental Incompleto	1 a 3	4 anos e 6 meses
Herlan	M	42	Ensino Fundamental Completo	1	10 anos
Arthur	M	39	Ensino Superior Incompleto	1	5 anos
Queiroz	M	49	Sem Estudos	1	2 anos e 5 meses
Velto	M	31	Ensino Médio Completo	1	5 anos
Marizé	F	58	Sem estudos	1	11 anos
Ana	F	53	Ensino Médio Completo	1	1 ano e 4 meses
Marques	M	49	Ensino Fundamental Incompleto	1	4 anos e 6 meses
Maria	F	40	Ensino Superior Completo	1 a 3	2 anos e 6 meses

Morais	M	41	Ensino Fundamental Incompleto	1	5 meses
--------	---	----	-------------------------------	---	---------

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Como descrito no capítulo de Metodologia, foi com inúmeras dificuldades que essa amostra foi construída, em especial, a que representa a evasão do CAPS. Foram examinados os últimos 200 prontuários anexados ao Arquivo Morto, cujas aberturas aconteceram no intervalo de setembro de 2013 a agosto de 2019. O critério para selecionar os participantes nesta etapa, além de não comparecer ao serviço no último ano, foi ter, pelo menos, três registros de idas ao CAPS AD.

De início, pensei em estabelecer um número superior de visitas ao serviço, imaginando que, assim, aumentaria as chances de se desenvolver vínculo e alguma afetividade com o ambiente. Mas na medida em que ia examinando os prontuários, percebi que havia poucas condutas registradas em cada um deles, de maneira geral, então reduzi o critério para pelo menos, três (03) idas ao serviço – e, ainda assim, foi difícil contactar as pessoas. Todavia, o que chamou atenção nesta etapa foi o alto índice de prontuários abertos sem evolução do tratamento. Dos 200 prontuários examinados, em 113 só constava a primeira visita ao serviço. Ou seja, 56,3% das pessoas que procuraram o serviço pela primeira vez, não retornaram mais para ele.

Uma hipótese que pode justificar esse dado, ou parte dele, é o fato de que até o ano de 2019, familiares ou responsáveis legais pela pessoa dependente de droga podiam abrir prontuário no CAPS AD, desde que levassem os documentos necessários e justificassem, durante a triagem, tratar-se do perfil para o serviço. Muitas vezes, acabávamos descobrindo que a pessoa não sabia da visita do familiar, ou não queria fazer o acompanhamento, ou modificar sua relação com a substância em questão. Nesses quatro anos em que atuo como Psicóloga do CAPS AD, escuto tantos relatos do quanto é difícil manter-se ativo e implicado no tratamento quando a iniciativa é própria, diria que as chances de fazê-lo despencam absolutamente quando não se conta com a autonomia e o protagonismo do sujeito, quando ele sequer sabe que foi inserido em um CAPS, não tendo sua voz ouvida, considerada.

Sentir-se ouvido, aliás, foi um sentimento de quase unanimidade entre os respondentes dessa pesquisa: da amostra de 14 pessoas, 12 (85,71%) discordaram do item “O CAPS AD é um lugar onde minha voz não é escutada”. Uma pessoa não concordou nem discordou, justificando não se posicionar por estar afastada do serviço; e uma pessoa

concordou com a afirmativa – esta foi a que obteve a Estima de Lugar mais despoticizadora e terá o caso discutido mais à frente, na próxima subseção.

8.1 UM LUGAR DE ACOLHIMENTO

Marizé descreve a importância de ter na Casa Norte um lugar de acolhimento e segurança de escuta sem julgamento:

A gente aqui é bem atendida, começando dali do rapaz que atende a gente na porta. Eu me sinto tão bem aqui no CAPS, mas tão bem, que eu acho que é melhor que na minha casa. Porque tem gente pra escutar a gente, tem gente pra conversar com a gente, né? (...) Para muitos é besteira, (...) eu tenho uma tia que diz que é falta do que fazer, de trabalho, coisa de gente desocupado. Mas é besteira pra quem não sabe o que é esse problema da gente, essa ansiedade que a gente tem, é uma ansiedade que eu contando pra senhora, a senhora pode entender porque a senhora estuda (Entrevista de Marizé, 2023)

As pessoas que sentem ter suas vozes ouvidas também manifestaram sentirem-se respeitadas, importantes. Velto, por exemplo, escolheu ‘igualdade’ como um sentimento que descreve sua relação com o ambiente do CAPS. Marques acrescenta uma conotação de gratidão ao serviço pela dignidade com a qual é tratado e que, com o tempo, também foi construindo para si. Ter sua voz ouvida e valorizada na Casa Norte contribuiu para que ela também assumisse valor em outros ambientes:

A pessoa que bebe é como um boneco para os outros, não sabe de nada. Depois fui sabendo como é a mente, como é a vida. Sem vocês, eu não era nada. Havia gente que não me respeitava, e agora tá começando a me respeitar (...), antes não me vendiam um palito de fósforo fiado, hoje já mudou (Entrevista de Marques, 2023).

Dete, que se encontra afastada do tratamento, segundo ela, por descuido e acomodação, corrobora o valor edificador para sua vida ao se sentir ouvida no CAPS AD: “Me sinto péssima porque não estou lá (...) vontade de estar com as pessoas que me fazem bem, que me botam pra cima. Eu desabafava, conseguia amenizar minha culpa. Me sinto gente quando estou lá, me sinto bem, tenho que voltar” (Entrevista de Dete, 2023).

O sentir-se bem aparece de tantas formas, traduzidas em tantas palavras, que merece uma atenção especial para ser discutido. Embora compreendamos o ambiente para muito além de sua materialidade, do espaço físico, esperava-se que este fosse evidenciado, de uma maneira geral, seja em seus pontos favoráveis ou desfavoráveis. Contudo, contrariando as expectativas, o ambiente físico só foi citado por dois usuários.

Sem descrever maiores detalhes, um deles falou sentir-se mais confortável na nova sede do CAPS. A outra usuária proferiu descontentamento e certa indignação com a carência de insumos para o trabalho: “Não tem recurso, minha filha! A gente sabe que

pelos profissionais estaria bem, mas não dá assim”. De fato, sabe-se da carência de financiamento à Saúde Mental. No CAPS AD apenas uma sala é climatizada; só é possível usar as demais salas porque os próprios funcionários levaram alguns ventiladores. Faltam cadeiras e materiais terapêuticos para todas as categorias profissionais.

Moser (1998) destaca a importância do espaço físico em nossas vidas e faz uma crítica a outras Psicologias, para além da Ambiental, por não discutirem esse tema. Segundo o autor, é indiscutível que nos comportamos de forma diferente a depender do espaço em que estamos. Se o espaço é restringido, pequeno, atuamos de maneira diferente de nosso modo de agir em um espaço amplo, por exemplo. A avaliação e a percepção que elaboramos do espaço também vão influenciar nossa maneira de atuar; interagimos diferentemente dependendo do ambiente em que estamos.

Entretanto, um expressivo marco deste estudo consiste em como as relações e os vínculos interpessoais que são desenvolvidos no ambiente são protagonistas na construção da afetividade pelo lugar. Ou seja, ou as pessoas não pontuaram as precariedades físicas do espaço do CAPS, ou, mesmo pontuando-as, isso não interferiu, de maneira negativa, na relação pessoa-ambiente; a Estima de Lugar continuou sendo potencializadora. Como acontece com o participante Gaspar, por exemplo, que percebe o CAPS AD como um ambiente descuidado e que poderia ser melhor, contudo, lhe é um lugar muito valioso por fazê-lo sentir-se acolhido, importante: “É um ótimo lugar, onde sempre sou tratado bem, e realmente me sinto bem aqui” (Entrevista de Gaspar, 2023).

O acolhimento aproxima-se da imagem de agradabilidade, e é um tema de destaque nesse estudo por ter se mostrado quase unânime: dos 14 participantes, 13 fizeram alguma menção sobre como se sentem bem acolhidos no CAPS AD, o que equivale à expressiva marca de 92,86% da amostra.

No Glossário HumanizaSUS (BRASIL, 2021), acolhimento é definido como um processo característico das práticas de produção e promoção de saúde que exige a responsabilização da equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Para tanto, faz-se necessário a escuta qualificada de sua queixa – considerando suas preocupações e angústias –, análise da demanda, garantia de atenção integral e resolutiva, por meio da articulação das redes internas e externas aos serviços, visando tanto a horizontalidade do cuidado, quanto a continuidade da assistência, em casos necessários.

Assim, de acordo com Loredo (2010), o acolhimento pode ser tomado como um dispositivo (prática) e também como uma diretriz, ou seja, uma postura, destinados ao processo de produção de saúde coletiva. Segundo a autora, o acolhimento pode simbolizar

um elemento de interseção entre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Humanização do SUS, cabendo ao CAPS, na condição de núcleo de uma nova clínica de cuidado em Saúde Mental, o acolhimento e a atenção às pessoas, de maneira que se preserve e se fortaleça seus laços com o território.

Na concepção de diretriz, portanto, o acolhimento é uma tecnologia do encontro, que acarreta afetar e ser afetado (LOREDO, 2010). Logo, se afeta o outro, nada mais natural que gere afeto, afetividade. Os dados evidenciam, ao final, o que muito se fala no dia a dia do trabalho no CAPS: a Casa Norte é um lugar de acolhimento.

8.2 MAPEAMENTO AFETIVO E ALGUMAS REFLEXÕES

“Quando estou aqui no CAPS, rola até uma pequena festa dentro de mim”
(Entrevista de Gaspar, 2023).

Nesta seção, será apresentado o mapeamento afetivo, de forma mais específica, exibindo os índices da Escala de Estima de Lugar e as Imagens Afetivas identificadas na amostra. A eles serão associados falas e dados relevantes das entrevistas, e estabelecido um diálogo com demais estudos e autores que versam sobre temas pertinentes, tanto no que diz respeito à afetividade em si, quanto a conteúdos referentes a vivências no contexto da Saúde Mental Coletiva. Assim sendo, para dar início à discussão, no que concerne ao mapeamento afetivo, obteve-se, majoritariamente, um Índice de Estima de Lugar positivo ($IEL > 0$), o que implica em uma Estima de Lugar potencializadora, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Estima de Lugar



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Vê-se que a diferença se deu de forma muito relevante, com a Estima de Lugar potencializadora correspondendo a 85,7%. O menor índice com IEL > 0 correspondeu a IEL 2, e o maior, IEL 63, expressando, assim, ampla variação de resultados da escala. As diferenças de valores da escala podem ser compreendidas por meio da análise qualitativa do instrumento. Os índices positivos mais próximos de zero representam indicadores afetivos mais contrastantes, ainda que não descaracterize a estima potencializadora. Já os índices mais elevados implicam maiores níveis de concordância quanto aos indicativos de um fator potencializador (PACHECO, 2018). Vale salientar, ademais, que as análises quantitativa e qualitativa atuam de forma complementar (BOMFIM, *et al.*, 2014).

É possível traçar um paralelo entre a estima de lugar potencializadora e a Promoção de Saúde. Entendida como a capacidade que pessoas e comunidades detêm para modificar os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida, a Promoção de Saúde (OMS, 1986) converge com os efeitos da estima potencializadora de elevar a postura ativa do indivíduo (BONFIM, 2010). Ambos os conceitos se relacionam com o protagonismo das pessoas em prol do benefício da própria qualidade de vida no território.

Arrisco afirmar que o CAPS AD de Quixadá se mostra como um fator de proteção à saúde. Fatores de proteção à saúde são definidos como características individuais e contextuais – recursos ambientais – que fortalecem e oferecem suporte ao indivíduo

diante do enfrentamento de diferentes eventos de sua vida (CARDOSO; BORSA; SEGABINAZI, 2018). Alguns fatores de proteção estabelecidos por Polletro e Koller (2008) convergem com o que trabalhamos e encontramos entre os resultados desta pesquisa, tais como: autonomia, bem-estar subjetivo, afetos positivos e apoio social.

Alguns usuários da Casa Norte falaram da importância do serviço para significar ou renovar a própria vida. Velto, declara que o CAPS AD mudou sua vida de forma transformadora. Duas pessoas relataram ter passado por tentativas de suicídio, antes de iniciar o acompanhamento no CAPS AD. Outras três discorreram sobre esvaziamento de sentido de vida e ideação suicida à época em que chegaram ao serviço, e atribuíram ao CAPS a própria existência, como Marques, ao afirmar que “sem vocês eu não era nada (...) se não fosse o CAPS AD eu não estaria mais nesse mundo” (Entrevista de Marques, 2023).

Essas pessoas chegaram à Casa Norte de forma espontânea, encaminhadas pelo hospital – pós tentativa de suicídio –, ou incentivadas por amigos e familiares. Segundo o manual Preventing Suicide: a global imperative (OMS, 2014) a vontade de procurar ajuda para saúde mental e a postura de enfrentamento consistem em fatores de proteção contra o suicídio, assim como o bem-estar pessoal, sentimento que os usuários relatam sentir no ambiente do CAPS: “Se eu tô aqui, é graças ao CAPS! Já fui discriminada por ser do CAPS, mas eu não tenho vergonha, vergonha seria se eu me matasse” (Entrevista de Marizé, 2023), afirma Marizé, que também diz sentir-se acolhida, feliz e especial, com sentimento de melhora e ‘ansiedade boa’ quando está na Casa Norte.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil (BRASIL, 2017), os serviços de assistência psicossocial exercem papel fundamental na prevenção do suicídio. O Boletim revelou que nos lugares onde há Centros de Apoio Psicossocial o risco de suicídio reduz em até 14%, evidenciando que a assistência também é um fator de proteção.

Apenas duas pessoas descreveram uma relação com o ambiente marcada pela estima despotencializadora. Uma delas, o Sr. Alves, obteve IEL = -11. Ele se evadiu do serviço à época em que a sede do CAPS AD foi invadida para fins de furto e, por isso, interditada até mudança para novo local, o que levou alguns meses. Nesse intervalo, ele recorreu ao CAPS II do município, de onde também já era usuário, mas a demora em conseguir atendimento o desmotivou a seguir firme no tratamento e o influenciou à quebra da abstinência que mantinha:

“no CAPS Geral, a gente marca e passa um semestre pra ser atendido. Aí, com isso, a gente perde até um pouco de ânimo pra continuar no tratamento, pois, como a gente, além de ter inúmeras comorbidades, porque nunca se fecha um diagnóstico, a gente vive em testes, aí acaba que a gente volta à adicção, no meu caso, o álcool, e acaba que a gente perde duplamente, tanto o tratamento psiquiátrico, como volta a ingestão do álcool. Então esses dois fatores, tanto o fator ambiental, o fator do prédio, quanto o fator da acolhida do CAPS Geral foram primordiais pro meu afastamento” (Entrevista de Alves, 2023).

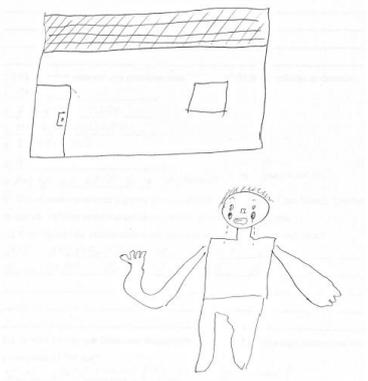
Artur, o outro participante que também correspondeu a uma estíma despotencializadora, com o menor e significativo Índice de Estíma de Lugar (IEL = -57), exprime um caso interessante a ser descrito. À época da coleta de dados, Artur passava por um momento de descontentamento com o serviço. Alcoolista, tabagista, e usuário do CAPS AD há cinco anos, já havia iniciado o tratamento para o tabagismo com os adesivos de nicotina por cinco vezes, tendo-os interrompido por recaídas. Respeitando as peculiaridades de cada Projeto Terapêutico Singular, que podem exigir exceções, o protocolo da equipe profissional é prover, até duas vezes, os adesivos a cada usuário, como forma de racionar e distribuir, equitativamente, a todos que deles precisam, uma vez que há momentos em que os insumos são insuficientes para suprir a demanda. Por essa razão, foi negada uma nova concessão a Artur, que já havia ultrapassado o limite.

Importante pontuar que é compreensível que se pense em estratégias para lidar com a baixa disponibilidade de insumos, entretanto, é uma realidade que precisa ser transformada, pois essa decisão de limitar a quantidade de produtos terapêuticos acaba punindo o usuário pela característica de seu quadro de adoecimento: quando se deixa de fornecer o insumo – o adesivo de nicotina, neste caso – exerce-se a punição pela recaída, ainda que não seja de forma intencional. No campo de Álcool e Drogas, a recaída faz parte do quadro clínico do sujeito e, nesta condição, precisa ser assistida.

Juntamente a isto, Artur recebeu alta da psicoterapia, a qual já fazia a cerca de dois anos, e não aceitou bem, sentindo-se desassistido. Este foi o seu mapa afetivo:

Quadro 4: Mapa Afetivo de Artur

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 05 Artur		Sexo: M Idade: 39	
Escolaridade: E. Superior Incompleto		Tempo de Serviço: 5 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA

Atualmente, eu me sinto em buscar de ajuda, estou pedindo ajuda, mas estou fora do CAPS AD.	No momento não estou me sentindo bem no CAPS AD.	Tristeza, decepção, exclusão, rejeição, sentimento de estar fora da casa.	Com um lugar sem profissionalismo. Fui excluído de algumas consultas e ninguém se preocupou.
		SENTIDO	
		No CAPS ‘Sem profissionalismo’, há um sentimento de abandono, exclusão e negação de tratamento ao usuário, por não ter suas expectativas correspondidas. No início do tratamento, sentia-se bem, mas, recentemente, por não ter mais acesso aos mesmos recursos terapêuticos que já teve antes, como a psicoterapia – da qual recebeu alta –, não se sente bem nem pertencente ao CAPS AD, caracterizando uma estíma despotencializadora.	
Índice de Estíma de Lugar (IEL): -52		Imagem Afetiva: Destruição	

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Tomei conhecimento de toda a situação após a aplicação da pesquisa (IGMA e Entrevista) com ele, que pediu para conversar comigo. Busquei, então, saber da equipe como havia sido esse processo e juntos, conversamos com Artur a fim de ouvi-lo, acolher a forma como se sentia, esclarecer, mais profundamente, os trâmites e motivos que justificavam aquelas tomadas de decisões, e explicar que elas não comprometiam o tratamento no serviço, pois ele poderia ser continuado de outra maneira.

Essa conduta foi providencial para restaurar o vínculo de Artur com o CAPS AD, validando a importância de se estar atento ao processo terapêutico, em todas suas etapas para formulá-lo ou ajustá-lo junto ao usuário, permitindo que ele participe de forma ativa das decisões. Durante a entrevista sobre a avaliação dos usuários a respeito das práticas terapêuticas exercidas na Casa Norte, realizada cerca de um mês após a aplicação do IGMA, Artur já explanou outra opinião e afetos:

Ótimo, todos me tratam muito bem, houve só aquele probleminha lá, mas foi um caso extra que acontece, né? Eu tava passando por aquele momentozinho, aquele problemazinho lá, mas todos da equipe me atendem super bem, aí é minha segunda casa, todos aí estão de parabéns, sempre que preciso, nunca me deram não. É ótimo tudo que fazem no CAPS (Entrevista de Artur, 2023).

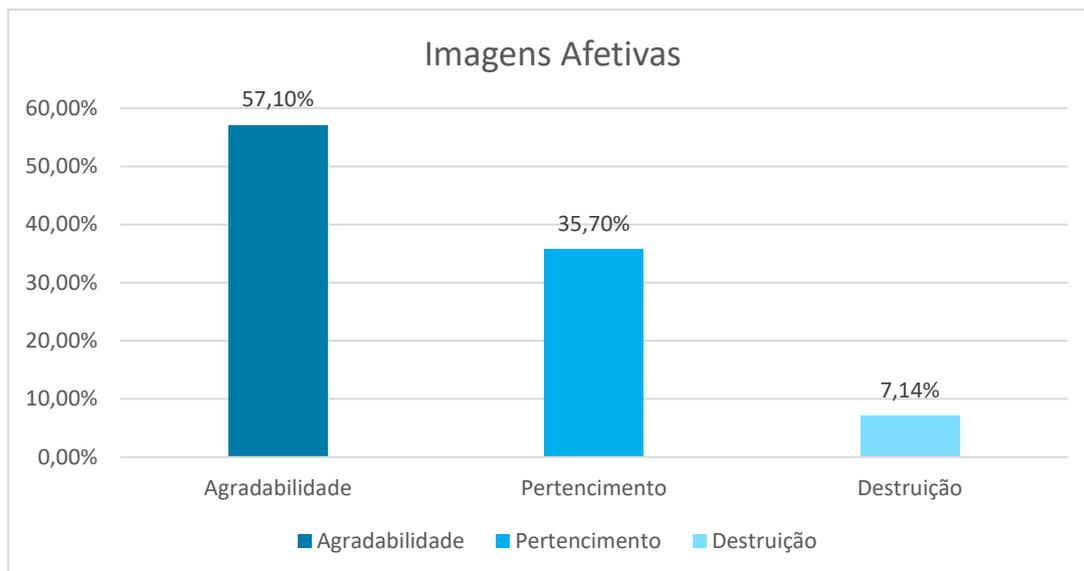
Do dia da coleta de dados, até hoje, enquanto escrevo esse texto, já pude vê-lo indo ao serviço para participar de grupo terapêutico destinado a prevenção de recaída, engajando-se em oficina promovida por profissionais-residentes, mostrando-se presente em exibição de filme e debate em alusão à Luta Antimanicomial, onde agradeceu por nossa atenção e cuidado e questionou a baixa presença de usuários no evento.

A insatisfação e recusa em aceitar o fim de determinadas terapêuticas manifestadas por Artur me fez lembrar o que Bleicher (2019) também encontrou em seu trabalho sobre a política de Saúde Mental de Quixadá, ao ouvir profissionais do CAPS II da cidade. Na ocasião, a psicóloga entrevistada relatou haver processos de cronificação com alguns usuários que se recusavam a aceitar a alta profissional. Uma provável justificativa levantada por ela ao fenômeno consiste no fato de as pessoas sentirem-se bem tratadas e acolhidas no serviço. Por isso, mesmo não apresentando necessidades clínicas de se manterem nele, acabam permanecendo.

Esse fenômeno pode estar relacionado ao que chamamos de apego ao lugar, em Psicologia Ambiental. Da mesma forma que existe o apego às pessoas também existe aos lugares. Assim, o apego refere-se à avaliação da qualidade do local perante as necessidades do indivíduo e o sentimento de segurança e de orientação que o ambiente suscita (BOMFIM; SOUZA, 2018). Macedo (2008) acrescenta que o apego ao lugar implica no lugar favorito, aquele onde se busca acesso para relaxar, manter-se calmo, clarear as ideias ou recuperar-se das pressões da vida diária. A escolha do lugar favorito é determinada por níveis de bem-estar e pela compatibilidade com eventos de vida da pessoa, passados ou atuais.

Fundamentado nisso, infere-se que os sentimentos de acolhimento e bem-estar, demonstrados pelos usuários, certamente refletem nas imagens afetivas identificadas. A Agradabilidade, que indica uma valoração positiva com o ambiente (BOMFIM, 2010), foi a mais manifestada. A segunda mais preponderante consistiu na imagem de Pertencimento e, por último, a de Destruição, tal como mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Porcentagem de Imagens Afetivas



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Temos, portanto, uma estima de lugar potencializadora e as Imagens Afetivas de Agradabilidade e Pertencimento como as mais predominantes. O que faz sentido e confirma a validação psicométrica do Índice de Estima de Lugar (IEL) (BOMFIM *et al.*, 2014), na qual os indicadores afetivos das imagens de Agradabilidade e Pertencimento convergiram para um fator insinuante de estima potencializadora (PACHECO, 2018; BOMFIM *et al.*, 2014).

Minayo (2012) levanta reflexões interessantes sobre como cada sujeito apreende e interpreta suas experiências de forma distinta. De acordo com a autora, a vivência é o produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos – como irmãos numa mesma família ou pessoas que testemunham o mesmo fato, por exemplo –, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e está condicionada à sua personalidade, sua biografia e sua participação na história. Ainda que tenha significado pessoal, cada vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive, assim como as condições em que ela ocorre. O que explica como pessoas fazendo uso do mesmo serviço, frequentando o mesmo ambiente, cuja equipe profissional se dedica a tratar todos com igualdade, podem apreender esse ambiente de forma singular, com afetos singulares.

Poderia se pensar, por exemplo, que quanto mais tempo dedicamos a um lugar, mais nos sentimos pertencentes a ele. Contudo, os dados mostram que isso não é uma regra. Cruzando as informações de Imagem Afetiva com Tempo no Serviço, vemos que, as pessoas que corresponderam à Imagem de Pertencimento estão há, no mínimo, 2 anos

e 4 meses no CAPS AD – o que é um tempo considerável, e justificaria a hipótese. No entanto, existem usuários que continuam no serviço, de forma assídua, há 10 ou 11 anos, e, apesar disso, mesmo preservando boas vivências com o ambiente, a ponto de obter uma Estima de Lugar pontencializadora, não obtiveram a imagem de Pertencimento, mas sim a de Agradabilidade. O Quadro 4, a seguir, explana bem o panorama, estruturado em ordem decrescente de tempo no serviço para cada imagem:

Quadro 4 – Imagem Afetiva em Relação ao Tempo

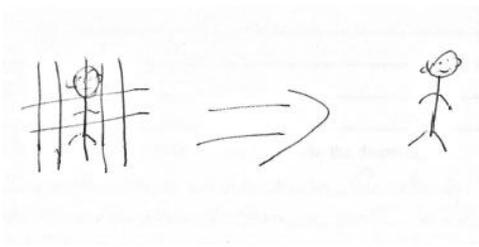
Identificação	Tempo no Serviço		Identificação
	Pertencimento	Agradabilidade	
Marizé	11 anos	11 anos	Dete
Marques	5 anos	10 anos	Herlan
Cristina	4 anos e 2 meses	5 anos	Velto
Gaspar	3 anos	2 anos e 8 meses	Maria
Queiroz	2 anos e 4 meses	2 anos e 3 meses	Ana
-	-	2 anos	Alves
-	-	1 anos	Lopes
-	-	5 meses	Morais

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Lembrando que a categoria Agradabilidade reporta-se a sensações de prazer e vinculação com o ambiente advindos das qualidades que este manifesta (BOMFIM, 2010). Temos abaixo, um exemplar de mapa afetivo desta imagem:

Quadro 6: Mapa Afetivo de Herlan

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: Herlan Escolaridade: E. Fundamental Completo		Sexo: M Idade: 42 Tempo de Serviço: 10 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Quando estamos no mundo das drogas, somos prisioneiros, escravos. O CAPS AD ajuda a libertação.	É um lugar que traz saúde mental, renovação.	Liberdade, vida nova. Começa com prisão do mundo das drogas, depressão, e passa a paz, liberdade, vida nova, acolhimento da família.	Compararia com uma igreja evangélica, porque nos ajuda também.
SENTIDO			

	<p>O CAPS ‘Igreja Evangélica’ é um lugar que possibilita vida nova, renovação, que liberta prisioneiros do mundo das drogas. É um lugar que oferece ajuda, onde o usuário encontrou suporte para transformar sua vida, e tem uma vivência bem melhor do que a que viveu em uma Casa de Recuperação. O sentimento de libertação e vida nova exprimem uma estima potencializadora.</p>
<p>Escala Estima de Lugar (ELL): 24</p>	<p>Imagem: Agradabilidade</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Herlan relata que chegou ao CAPS AD com o incentivo de amigos: “Vim buscar ajuda e achei”. No início do tratamento, sentia-se abatido, fraco: “não gosto nem de lembrar, tentei até suicídio. Estava devendo a traficante. No outro dia, vim pro CAPS AD. Fui pra uma Casa de Recuperação, mas não gostei, aí me firmei aqui” (Entrevista de Herlan, 2023). Assim, pode-se inferir os benefícios de um serviço comunitário, de base territorializada e psicossocial, em detrimento do modelo biomédico, de isolamento social.

Alves aproxima-se da vivência de Herlan ao mencionar sua má experiência com internação, fazendo, contudo, contraponto com quem a vive de outra forma:

Eu me internei numa clínica psiquiátrica, eu pensei, eu estou indo pra uma clínica psiquiátrica? Depois que eu entrei eu vi que era uma coisa muito normal, que pena que a tecnologia pra mim não funciona daquela forma, não é humanista, não é humanizadora, mas depois quando eu entrei no grupo (no CAPS AD), vi muitas pessoas que passaram pela tecnologia da internação e se deram muito bem com isso, é tipo uma questão de se autover, né? Se autoperceber. Eu que entrei querendo ir atrás de humanos e achei chicote lá. (Entrevista de Herlan, 2023).

Aqui, temos um relato que, ao mesmo tempo em que fortalece a importância da humanização do cuidado e da assistência, também evidencia o valor de se promover o encontro com o outro, em práticas coletivas. Por meio de trocas de vivências, Alves mostrou, de forma crítica e autoreflexiva, ampliação da forma de perceber o próprio tratamento e consciência da alteridade, ao identificar que práticas ineficazes para ele podem fazer sentido para outras pessoas.

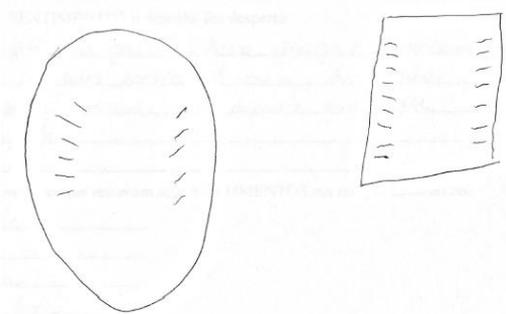
Miranda e Zambenedetti (2022) abordam a ambivalência dos afetos em relação ao internamento, em seu estudo em que buscam compreender a experiência de pessoas no período de internação e pós-internação psiquiátrica. Segundo os autores, a vivência da internação, regida pela lógica disciplinar, expressam o caráter uniformizador e

homogeneizante da instituição total, representando forte discrepância com as condições materiais e relacionais, perante as quais as pessoas conduzem suas vidas em sociedade.

Por outro lado, assim como constatou Alves, ao ouvir relatos de outras pessoas que passaram por internação psiquiátrica, Miranda e Zambenedetti (2022) também encontraram casos em que foram testemunhados aspectos positivos da internação. Houve pessoas que afirmaram ter aprendido muito com a experiência e guardar boas lembranças.

Dando prosseguimento às categorias de imagem afetiva identificadas nesse estudo, e representando a categoria de Pertencimento, temos, a seguir, o Mapa Afetivo de Marizé. Vale rememorar que a imagem afetiva Pertencimento implica em identificação, apropriação e apego ao lugar, envolvendo relações de formato familiar (BONFIM, 2010).

Quadro 7: Mapa Afetivo de Marizé

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 8 Marizé Escolaridade: Sem estudos		Sexo: F Idade: 58 Tempo de Serviço: 11 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Desenhei a piscina, pois participei de um grupo lá e era muito bom porque a gente ficava conversando, era como uma família. Era para o tabagismo, foi quando eu pensei que ia ficar boa; eu nunca faltava.	A pessoa que acha que só vai para o CAPS quem é doido, tá errado! Doido é quem sabe que tem problema e não vai lá. Foi a família que encontrei e que me deu apoio. Se estou aqui, é graças ao CAPS AD.	Muita alegria, ajuda mútua, felicidade, ansiedade boa, momentos especiais, família, sentimento de melhora.	Uma casa de apoio porque somos muito bem acolhidos. É uma família.
		SENTIDO	
		Do CAPS ‘Casa de Apoio’, as experiências de grupo são as mais marcantes para a usuária. A sensação de estar em um lugar familiar, alegre, reunida a outras pessoas, partilhando de suas vivências e apoiando uns aos outros, lhe promove sentimento de pertencimento. Há um forte sentimento de gratidão ao lugar por ela conseguir dar continuidade a sua vida; uma estima de lugar potencializadora.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 47		Imagem Afetiva: Pertencimento	

Fonte: Elaborada pela autora (2023)

Os dados de Marizé foram bem explorados, neste estudo, vista a riqueza com que descreve seus sentimentos e impressões. Vê-se, no mapa, que ela explanou uma relação de vinculação muito próxima e ampla com o ambiente, de pertencimento, de fato, desenhando espaços físicos, discorrendo sobre experiências que envolvem afetos, pessoas e práticas terapêuticas, além de obter um alto índice de Estima de Lugar. Uma correlação já estudada por Bonfim (2010), que assegura que um elevado sentimento de pertença se conecta a uma elevada estima potencializadora, tal como acontece com Marizé. Já Gaspar traduz, literalmente, a imagem de Pertencimento quando afirma que a Casa Norte é um ambiente onde ele pode ser quem é; onde pode se sentir parte de um lugar.

Outro componente do mapa que vale a pena ser discutido revela-se no estigma que circunda o CAPS: o lugar para doido. Marizé é enfática ao combater essa ideia: “Doido é quem sabe que tem problema e não vai lá!” (Entrevista de Marizé, 2023). Outros usuários também levantaram a problemática. Queiroz afirma que “não é lugar de louco, é para quem precisa”. Maria, por sua vez, fala que suas primeiras impressões, ao começar a ser acompanhada pelo CAPS, foram de que se tratava sim de um “lugar de doido”, mas hoje, é um ambiente que lhe é agradável, onde se sente muito bem. Alves, usuário dos dois CAPS de Quixadá, Geral e AD, compara como se sente e como percebe os símbolos sociais atribuídos a quem frequenta os dois ambientes:

Eu sei que geralmente, no AD, tem mais uma reclusão dos usuários porque a pessoa já vem estigmatizada “ah, eu sou do AD”. Existe muito preconceito até do próprio usuário. Então, por exemplo, quando eu vim pro AD eu dizia ‘onde é que eu estou andando?’. Porque quando você diz eu vou ali no CAPS, já normalizou. Antes existia muito preconceito “ah, tu se consulta no CAPS?”, então quando você vai pro AD, além de você ir pro CAPS, ainda vai pro AD? Então, tipo, no começo eu também tinha um estigma (Entrevista de Alves, 2023).

Figueirêdo *et al.* (2021) investigaram as categorias discursivas mobilizadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial para nomearem a si próprios e produzirem lugares sociais para si e para as demais pessoas em sofrimento psíquico. Os participantes do estudo também evitavam usar categorias como “louco” ou “loucura” para definir a si mesmos. Em vez destes termos, recorriam a palavras como “deficiência”, “trauma” e “doença” para abordar seu sofrimento, negando-se a se encaixarem no que, socialmente, é entendido como a personificação da desrazão. O estudo também apontou que o estigma da “loucura”, com o qual os usuários precisam lidar, cotidianamente, e a forma como a sociedade olha para as pessoas em sofrimento mental cria barreiras para que as pessoas

construam seus projetos de vida. Uma conjuntura que, como vimos, também se estende ao campo de álcool e outras drogas.

Em seguida, o Quadro 4 ilustra o mapeamento afetivo de cada participante, tanto com as Imagens Afetivas, quanto com a Estima de Lugar que foram identificadas na relação pessoa-ambiente, ou seja, usuário-CAPS AD:

Quadro 8 - Mapeamento Afetivo

Mapa Afetivo	Sexo	Idade	Tempo no Serviço	Imagem Afetiva	IEL	Estima de Lugar
1. Gaspar	M	20	3 anos	Pertencimento	8	Potencializadora
2. Lopes	M	28	1 ano	Agradabilidade	2	Potencializadora
3. Cristina	F	69	4 anos e 2 meses	Pertencimento	35	Potencializadora
4. Herlan	M	42	10 anos	Agradabilidade	24	Potencializadora
5. Artur	M	39	5 anos	Destruição	-52	Despotencializadora
6. Queiroz	M	49	2 anos e 4 meses	Pertencimento	63	Potencializadora
7. Velto	M	31	5 anos	Agradabilidade	45	Potencializadora
8. Marizé	F	58	11 anos	Pertencimento	47	Potencializadora
9. Ana	F	53	2 anos e 3 meses	Agradabilidade	34	Potencializadora
10. Marques	M	49	5 anos	Pertencimento	35	Potencializadora
11. Maria	F	40	2 anos e 8 meses	Agradabilidade	14	Potencializadora
12. Moraes	M	41	5 meses	Agradabilidade	41	Potencializadora
13. Dete	F	57	11 anos	Agradabilidade	23	Potencializadora
14. Alves	M	30	2 anos	Agradabilidade	-11	Despotencializadora

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Os últimos usuários da tabela, Dete e Alves, tratam-se dos que se encontram afastados do CAPS. Dete apresentou imagem afetiva de agradabilidade, Estima de Lugar Potencializadora, e muitas falas saudosas do ambiente da Casa Norte, atribuindo a si e ao seu comodismo o seu afastamento. Emocionada, demonstrou gratidão por minha visita à sua casa, para a realização da pesquisa e fez, de forma espontânea, promessa de recomeçar seu tratamento.

Alves, por sua vez, embora tenha manifestado uma imagem de agradabilidade, obteve IEL negativa, implicando em Estima de Lugar despotencializadora. O que faz

sentido, ao analisar suas respostas nos instrumentos, por estas denotarem ausência de desenvolvimento de vínculo com o ambiente ou com a equipe profissional. Lobo faz uma avaliação de teor impessoal, predominantemente, e se abstém, repetidas vezes, de posicionamentos afetivos, ao escolher a opção ‘não concordo nem discordo’, na escala Likert do IGMA.

As razões que os levaram a interromper o tratamento no CAPS voltam-se a circunstâncias de atribuições pessoais, alheias ao serviço, e também a problemas administrativos e de Gestão em Saúde, como o que fez o CAPS desativar-se, durante cerca de dois meses, devido a questões de segurança pública e demora para encontrar uma sede minimamente adequada para comportá-lo.

Diante disto, e do objetivo específico deste estudo que consiste em investigar a possibilidade de relação entre a afetividade com o ambiente e a evasão do serviço, conclui-se que a afetividade não influenciou, de forma determinante, para a interrupção do tratamento e, conseqüentemente, para o afastamento do CAPS AD. A maior aproximação entre os dois fenômenos dá-se a partir das problemáticas de gestão. Um ambiente sem sede própria que, de tempos em tempos necessita fechar e mudar de endereço, dificulta o processo de vinculação, identificação e apropriação do ambiente.

Entretanto, apesar disso, as imagens afetivas das pessoas que se encontram afastadas do CAPS AD são de Agradabilidade, tal qual a da maioria dos usuários assíduos da Casa Norte. Dete apresentou uma Estima de Lugar potencializadora, mesmo estando afastada. Com Alves foi diferente, obteve uma $IEL < 0$. Na Escala Likert do IGMA, em que se pediu para apontar o grau de consentimento do usuário com assertivas sobre o CAPS AD, Alves foi o participante que mais assinalou a opção “Não concordo, nem discordo”: 39% de suas respostas. O que demonstra que o fato dele não se sentir apto a fazer os julgamentos das assertivas, devido ao seu afastamento do serviço, foi responsável por considerável contribuição para o valor negativo na Escala de Estima de Lugar.

De fato, na categoria de evasão do CAPS, Alves é quem tem menos tempo de serviço – Dete possui 11 anos, Alves, 2. Acredita-se, então, que ele não teve oportunidade de desenvolver uma estima potencializadora; especialmente quando se considera o fato de que um desses dois anos tratou-se de um período pandêmico da Covid-19, em que o CAPS funcionou de forma atípica, com suspensão de todas as atividades coletivas, para além do fechamento temporário do serviço, que antecedeu a mudança de sede.

8.3 O CAPS AD É COMO...

Uma etapa do IGMA consiste em solicitar ao respondente que compare o CAPS AD com algo, podendo ser outro ambiente, ou qualquer outro elemento que remeta à Casa Norte: são as metáforas. Segundo Bonfim (2010), as metáforas representam o pensamento social do sujeito em contato com o ambiente e com a coletividade. Funcionam como recursos imagéticos que extrapolam a lógica cognitiva e formal da comunicação, viabilizando a apreensão dos aspectos emotivos dos sujeitos a partir do sentido figurativo. Expressadas pelas próprias pessoas que as produziram, as metáforas são eficazes na apreensão dos afetos, proporcionando elementos para a construção de uma análise afetiva do que está implicado na relação da pessoa com o ambiente (PACHECO, 2018).

O Quadro 9 exibe as metáforas elaboradas, divididas em quatro categorias: Conotação Familiar, Igreja, Lugar de Acolhimento e Outros.

Quadro 9: Metáforas sobre o CAPS AD

METÁFORAS	
Conotação Familiar	<p>“Um coração de mãe, porque sempre cabe mais um.” (Mapa afetivo de Gaspar)</p> <p>“A casa de minha mãe; um lugar de apoio.” (Mapa afetivo de Queiroz)</p> <p>“Uma casa de apoio porque somos muito bem acolhidos. É uma família.” (Mapa afetivo Marizé)</p> <p>“Uma família, porque me ajuda muito. Se não fosse o CAPS AD, acho que não estaria mais nesse mundo. É só eu chegar que sou bem atendido.” (Mapa afetivo de Marques)</p>
Igreja	<p>“Uma igreja evangélica, porque nos ajuda também.” (Mapa afetivo de Herlan)</p> <p>“Uma igreja, porque acolhe, escuta e ajuda.” (Mapa afetivo de Maria)</p> <p>“Uma igreja, porque também é um lugar em que me sinto bem, acolhido.” (Mapa afetivo de Moraes)</p>
Lugar de Acolhimento	<p>“Uma casa que dá repouso, que é acolhedora com os pacientes que precisam.” (Mapa afetivo de Cristina)</p>

	“O AA, porque lá a gente também se sente muito bem; eles acolhem a gente com amor.” (Mapa afetivo de Dete)
Outros	<p>“Não há comparação. O CAPS AD é único.” (Mapa afetivo de Lopes)</p> <p>“É como a seleção brasileira: só está dando alegria.” (Mapa afetivo de Velto)</p> <p>“Uma escola, porque também se aprende muitas coisas boas.” (Mapa afetivo de Ana)”</p> <p>“Um Caps Geral mais célere.” (Alves)</p> <p>“Um lugar sem profissionalismo. Fui excluído de algumas consultas e ninguém se preocupou.”</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Darei destaque às duas primeiras categorias por serem as mais predominantes, quantitativamente, e por também apresentarem elementos a elas pertencentes expressados em outras etapas da pesquisa. Alguns usuários mencionaram Deus ou família em outros segmentos do Instrumento Gerador de Mapas Afetivos ou na entrevista.

8.3.1 CASA NORTE: CAPS-CASA E CAPS-FAMÍLIA

O CAPS AD não é visto apenas como um ambiente muito acolhedor. Mais do que isso, as pessoas sentem-se tão acolhidas, que chegam a sentirem-se em casa. Metade da amostra (50%) faz alguma menção ou à casa ou à família/ambiente familiar ao descrever o que o CAPS AD representa para si. Queiroz diz ver o CAPS como uma segunda casa.

Moser (2001) chamou de níveis ambientais os lugares que representam uma extensão da identidade dos indivíduos. Esses lugares podem ser a casa, o bairro, a cidade, ou mesmo o ambiente global. Os níveis ambientais demonstram diferentes graus de identificação do Self: quanto mais microsocial, maior o poder ou o grau de identificação. A casa, então, reflete o primeiro nível de identificação, portanto, é o grau onde há maior relação com o self. Isso implica uma relação muito íntima da pessoa com o lugar, uma vez que, de acordo com Bonfim e Souza (2018), a casa expressa o que cada um é, desde a forma de como se organiza uma casa até a percepção da segurança dada por ela. Gaspar,

participante desta pesquisa, expressa bem essa relação de intimidade e identificação quando afirma que o CAPS é um ótimo lugar, onde se sente bem, por poder ser quem é.

Gunther (2006) discute sobre a simbologia da estrutura física da casa, a partir de uma leitura da Psicologia Ambiental:

A distribuição dos espaços construídos e seus arranjos interiores são marcados então por desejos e necessidades, cujas fronteiras móveis, as portas, também não se separam deste princípio geral: as funções cumpridas correspondem à satisfação de necessidades que se repetem no tempo. Fechando a porta, o homem cria um espaço em volta de si, do qual pode apropriar-se e defender de todos os intrusos, tornando-se pessoal (GUNTHER, 2006).

Assim, o CAPS é visto como casa. Como lugar de identificação, pessoalidade, acolhimento, proteção. “Quando estou perturbada, o primeiro lugar que penso em ir é pro CAPS(...) Foi a família que encontrei e que me deu maior apoio”, afirma Marizé, em sua entrevista. Macedo (2008) declara que a qualidade das interações com o ambiente e o afeto a elas direcionado influenciam na configuração de um ambiente como preferido ou evitado, o que pode variar de acordo com o estado emocional das pessoas, assim como também exercer um impacto emocional sobre elas.

Neste caso, o CAPS tem sido visto como um ambiente preferido; como uma segunda casa. O sentimento de se estar em casa, entretanto, parece não contribuir para uma postura passiva ou inerte. Marques explana sobre isso ao responder à pergunta ‘Caso alguém lhe perguntasse o que pensa do CAPS AD, o que você diria?’:

Chamaria a pessoa para vir porque é bom(...), parece que estou em casa. Mas venha pela sua vontade. Aqui não falta nada para você, **agora depende da sua vontade** (grifo nosso) (...) No início, pensei que era besteira. Ficavam me dando remédio, aí no outro dia, ia beber de novo. Até que o médico me disse que eu não ia parar de uma vez, que ia ser devagarzinho. Aí tô aqui até hoje. Tô há dois meses sem beber, estou me dando mais atenção, cuidando dos meus dentes (Entrevista de Marques, 2023).

Somente nessa fala, podemos visualizar elementos que embasam discussões sobre protagonismo, autonomia e corresponsabilidade do usuário por seu projeto terapêutico, além de atenção integral à saúde. Loredó (2010) justifica essa postura ao atribuir ao CAPS o papel de convidar o usuário à responsabilização e protagonismo em toda trajetória de seu tratamento, como orienta a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2021).

Sob o olhar da Psicologia Ambiental, Gunther (2006) define autonomia como uma apropriação e internalização dos espaços percorridos pelo sujeito, responsáveis por fornecer uma imagem corporal de si próprio. Assim, o que entendemos como “próprio” tem muita relação com o ambiente, pois deriva da apropriação dos espaços que

percorremos. Sem esta movimentação não é possível adquirir o conceito de próprio: tornar próprio é demarcar o espaço; e o si próprio é este espaço demarcado internalizado.

Portanto, quando fomentamos a autonomia no usuário, também tratamos da relação pessoa-ambiente, instigamos a apropriação de espaços. Não somente o ambiente do CAPS, mas os demais que o usuário percorrer. Prova disso é quando Marques relata estar assumindo outros cuidados consigo, apropriando-se de outros espaços.

Por fim, inferiu-se que o conceito e a proposta de adotar o nome-fantasia ‘Casa Norte’ mostraram-se assimiladas pelo público que, de fato, expressou não só o significado de casa, na sua vivência com o ambiente, mas, também, de um novo norte para sua vida. Os resultados apontam que 35,7% fizeram alguma alusão a como o ambiente do CAPS AD representa oportunidade de novo caminho, por meio de palavras como: vida nova, recomeço, novo caminho, um novo horizonte ou, literalmente, um norte a se seguir.

8.3.2 CAPS-IGREJA

Quando perguntados com o que comparariam o CAPS AD, a resposta “Igreja” foi a que mais se repetiu (21,43%). As justificativas pela escolha da metáfora são dadas por verem a Igreja também como um lugar onde eles se sentem apoiados e bem acolhidos. Maria é categórica ao resumir o que foi dito pelos três respondentes, quando afirma que compararia o CAPS AD “com uma igreja, porque acolhe, escuta e ajuda” (Entrevista de Maria, 2023).

Outros dois usuários, embora não tenham escolhido exatamente a Igreja como um elemento comparável ao CAPS AD, manifestaram sua fé ou espiritualidade em algum momento da entrevista ou do IGMA. Um deles elenca ‘Deus’ como um sentimento que resume sua forma de ver e sentir o ambiente do CAPS, ao passo que o outro sente-se grato ao serviço e à Deus por sua melhora durante o tratamento.

Monteiro *et al* (2020) afirmam que a religião é tida como um instrumento de busca de significado para situações difíceis. Quando escolhem pelo enfrentamento, as pessoas se dedicam em manter ou transformar o que consideram significativo em suas vidas. Parte do poder da religião configura-se na capacidade de servir a muitos propósitos, podendo fornecer uma fonte de significado diante das dificuldades. Dessa maneira, em situações estressantes, a religião pode despertar sentimentos de pertencimento, conexão e identidade. Os mesmos sentimentos identificados pelo ambiente do CAPS AD.

A aproximação do CAPS com a Igreja ou com elementos de conotação espiritual/religiosa coloca a religiosidade em posição de destaque entre os dados, e pode traduzir um perfil de nossa cultura. Uma pesquisa intitulada Global Religion, produzida pelo Instituto IPSOS (2023), aponta que quase nove em cada dez brasileiros dizem acreditar em Deus, o que equivale a 89% dos habitantes do país. Esse índice confere ao Brasil a primeira posição entre 26 países cuja população crê em um poder superior. O Instituto faz ainda uma correlação com o nível social das populações.

Segundo a mesma pesquisa, entre os países laicos, nos quais a religião é desligada do Estado, não havendo uma religião oficial, a vida religiosa propende a ter maior valor entre a população onde o Produto Interno Bruto per capita (a riqueza de um país em relação à quantidade de habitantes) é mais baixo ou onde há grandes índices de desigualdade. Dessa maneira, a religião acaba preenchendo lacunas deixadas pelo Estado; chegando a lugares onde ele não chega. Resultados da pesquisa do IPSOS evidenciam que 90% dos respondentes disseram que acreditar em Deus ou em forças superiores ajudam a superar crises de diferentes naturezas, como doenças, conflitos e desastres.

A fala de Herlan ratifica esse fenômeno, quando afirma, em sua entrevista, que encontrou dificuldades em agendar consulta com o médico da Casa Norte e, ao ficar sem medicação por um tempo, desistiu de tentar reagendar atendimento e escolheu contar com sua fé:

(as consultas) são muito demoradas, demora mais de mês, às vezes a pessoa deixa de ir por causa disso. Só tomei o medicamento aquela vez, aí quando acabou eu disse ‘não, sabe de uma coisa? Eu vou ficar em casa mesmo e na minha igreja mesmo, orando, pedindo a Deus força’ e tá dando certo! Graças a Deus tá com 5 meses que eu tô firme. Tive uma recaída em janeiro, mas depois disso, tive mais não, graças a Deus. (Entrevista de Herlan, 2023)

Diante dessa discussão, tracei um paralelismo entre os usuários que selecionaram a igreja como um elemento comparável ao CAPS AD e suas respectivas renda e escolaridade, por estes serem indicadores de condição socioeconômica. Dessa análise, têm-se o quadro abaixo:

Quadro 7 – Implicações da Religiosidade

Identidade	Renda (Salário Mínimo)	Escolaridade
Herlan	1	E. Fundamental Completo
Maria	1 a 3	Ensino Superior
Morais	1	E. Fundamental Incompleto

Fonte: Elaborada pela autora

Assim, semelhante ao que revela a pesquisa da IPSOS, neste estudo, as menores rendas também estão associadas à mais aparente religiosidade entre os participantes.

Segundo Monteiro *et al.* (2020), a temática que envolve religiosidade e espiritualidade ainda é pouco discutida entre profissionais da área da Saúde Mental. Entretanto, é de suma importância que se considere e se aprofunde o conhecimento sobre a relação entre essas áreas, pois o bem-estar espiritual pode se apresentar como uma das variáveis à resiliência e proteção da saúde, podendo auxiliar na manutenção e atenuação de agravos do processo saúde-doença, bem como favorecer para o desenvolvimento de uma maior qualidade de vida. Na revisão bibliográfica realizada pelos autores, a maioria dos estudos encontrados indicou uma associação positiva entre espiritualidade/religiosidade e Saúde Mental, muito embora, também existam estudos que apontam para o contrário. Cahill (2015), em seu importante trabalho sobre transtornos de personalidade, dedica um capítulo inteiro de sua obra à ligação entre determinados transtornos de personalidade e formas de religiosidade. Religiões cristãs se relacionam, ainda, com o preconceito em relação às minorias de gênero e consequente sofrimento psíquico, segundo diversos estudos (TAGLIAMENTO *et al.*, 2021). Pode-se, então, deduzir que, apesar de não ter sido este o fenômeno encontrado nesta pesquisa, é importante pontuar que o preconceito vivido dentro de religiões pode levar algumas pessoas a se afastarem delas. Quem já apresenta bem-estar e se identifica com a religião, nela se mantém, enquanto aquelas pessoas que sofreram experiências ruins, podendo, conseqüentemente, desenvolver quadros psicopatológicos, não se identificam com a religião e se distanciam ou desligam.

9. ANÁLISE E IMPRESSÕES DE PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

Quando perguntada sobre as atividades terapêuticas da Casa Norte, Marizé, imediatamente, fala do quão bem os grupos terapêuticos lhe fizeram: “Foi quando eu pensei que ia ficar boa, era muito bom, nunca faltava (...). A gente achava graça, conversava, a palavra de um servia pra mim, a minha servia para outra pessoa, era aquele ciclo, eu gostava muito!” (Entrevista de Marizé, 2023). Marques também denota a relevância dos encontros interpessoais. O estar com o outro e sentir-se bem tratado é tão significativo para ele, que quando perguntado sobre como avalia as práticas terapêuticas

do serviço, é das pessoas que ele fala: “Pra mim, (...) vocês são ótimas pessoas, pra mim. Eu dou 10 pra vocês!” (Entrevista de Marques, 2023).

Maria chama minha atenção ao descrever o ambiente do CAPS AD. Ela fala que é um lugar “onde a gente busca apoio, compreensão, amparo e remédio”. Vê-se que o psicofármaco aparece em paralelismo com os sentimentos, diria que quase que atribuindo afeto à medicação, que detém uma posição de destaque em sua vivência no ambiente.

Em alguns momentos, houve dificuldade de compreensão sobre a definição de atividades terapêuticas, especialmente as de natureza multiprofissionais ou não-médicas. Três pessoas (21,4%) remeteram-se, imediatamente, à consulta psiquiátrica quando questionadas sobre as atividades terapêuticas do CAPS, precisando ser perguntadas, novamente, sobre como mais elas percebem e vivenciam outros espaços e momentos, com outros profissionais. Esse fenômeno ilustra bem a herança e os impactos do modelo biomédico que permanecem no imaginário das pessoas.

Focado na doença e nos fatores biológicos que a ocasionam, o modelo biomédico caracteriza-se pela oferta do cuidado fragmentado, perdendo-se a visão do todo. Tem o médico como seu profissional-referência, privilegiando o saber-poder da Medicina de tal maneira, que desconsidera aspectos psicológicos, sociais, ambientais e econômicos, dentre outros que também influenciam no processo saúde-doença (PINHEIRO, 2021). Diante disto, apesar de o CAPS pertencer a um modelo biopsicossocial e, conseqüentemente, contar com uma equipe multiprofissional, muitas pessoas veem o médico como o principal agente de cuidado – e, porque não dizer o único, como nesses casos em que o tomaram como autor da única prática terapêutica do serviço.

Em tom de chateação, Herlan elege a demora para se conseguir uma consulta médica como o único fator a melhorar no CAPS. Uma problemática que diz mais respeito à gestão da clínica do que a práticas terapêuticas em si. Na entrevista, refiz a questão, perguntando se ele tinha algo mais a falar sobre as atividades oferecidas, para além das consultas com o psiquiatra, mas ele nada mais acrescenta: “Era pra renovar a minha receita, mas isso aí só quem faz é o psiquiatra, por isso eu não fui mais. Porque demora, né? Pra conseguir outra consulta” (Entrevista de Herlan, 2023). Outros dois usuários concordaram com ele.

Em contrapartida, Alves apresenta uma vivência diferente. Embora não se refira, especificamente, ao atendimento médico, o usuário elogia a celeridade com a qual é atendido no serviço, sempre fazendo um paralelo com sua experiência no CAPS II, e destaca a ferramenta da tecnologia, vista como facilitadora e inovadora no SUS: “aqui eu

marco pelo WhatsApp, o que facilita muito; é um meio digital que facilita minha vida, porque nem sempre a gente tá com disponibilidade com telefonia móvel, a gente tá com internet. Então isso facilita muito pro paciente” (Entrevista de Alves, 2023).

Houve, ainda, quem direcionasse o olhar para o trabalho não-médico, enxergando necessidades de avanços e ampliações das práticas terapêuticas. O Quadro abaixo ilustra tudo que foi apontado pelos participantes:

Quadro 11 – Melhorias em Práticas Terapêuticas

Usuários	Necessidades de Melhorias
Velto, Gaspar, Marizé, Ana, Marques, Lobo (42,8%)	Nada; há plena satisfação
Cristina, Artur, Maria (21,4%)	Diversidade de atividades terapêuticas: esporte, terapia ocupacional, arte, espaço para interação e convivência, etc.
Herlan, Queiroz, Moraes (21,4%)	Tempo para retorno às consultas médicas
Lopes e Dete (14,3%)	Investimentos em estrutura física, insumos terapêuticos e ambiência

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

A maioria dos usuários encontra-se satisfeita com o cardápio de ofertas oferecido pelo CAPS AD e não tem nada a sugerir como melhoria. Esse dado dialoga com o já foi discutido acerca de como o vínculo e o afeto positivo construído com as pessoas e o ambiente mostram-se muito mais relevantes do que fatores de outras dimensões, como carência em estrutura física ou possíveis falhas de enfoque técnico das práticas.

Sobre a composição dessas práticas, destaca-se a necessidade de ampliá-las, continuamente, na direção de expandi-las para além do modelo biomédico, de atendimento individual e ambulatorial. Infelizmente, este ainda se mantém tão forte para alguns usuários, que chegam a confundi-lo com toda a instituição de cuidado em saúde, que foi pensada de forma muito maior àquela que se torna referência para o usuário por dispensar prescrições médicas. Rocha *et al.* (2019) nos lembram que a equipe multiprofissional do CAPS, além de priorizar a humanização do cuidado, deve promover uma clínica que historiciza as condições etiológicas do sofrimento, provindo da ideia de subjetivação do sofrimento em detrimento da clínica exclusivamente do sintoma.

Dessa forma, embora o CAPS seja o principal representante da reorganização do modelo de Atenção Psicossocial, desde a Reforma Psiquiátrica, é preciso manter-se atento para que não se reproduza, ainda que de forma discreta, condutas manicomiais. A

Reforma vai além de destruir muros concretos e, portanto, deve ser contínua e incessante, a fim de se prevenir retrocessos, inclusive de quem se propõe a fazê-la.

A seguir, algumas falas dos participantes desta pesquisa ilustram o notório valor promotor de saúde presente em atividades terapêuticas não-manicomial. Algumas expressam relatos de vivências positivas na Casa Norte e outras referem-se a expectativas, ao que gostariam de ter ou fazer no ambiente do CAPS AD:

Acho que poderia melhorar mais assim, as outras pessoas, conversar mais, sabe? Porque eu não tenho de quem me valer. Porque assim, naquele tempo, tinha São João, aquela animação, o médico ficava mais tempo com a gente, um alongamento que as vezes tinha, até um que eu aprendi aí com um cabo de vassoura (pausa) porque eu passo o dia em casa, só chorando, sinto dor, sabe? Isso ajuda. (Entrevista de Cristina, 2023).

A gestão, o responsável, não sei se o secretário de saúde, (deveria) investir mais em esporte com os pacientes, nessa área, por exemplo, como tá tendo, a natação, e poderia ter outras práticas que poderia ser investida para o paciente, ou até uma academia, não sei se tô sonhando demais, mas seria importante. Por exemplo, aprender alguma coisa, fazer uma pintura, alguma coisa artística, tá entendendo? Alguma coisa que o paciente poderia aprender e até produzir com empreendedorismo, porque as coisas não estão fáceis para o paciente, porque muitos não podem trabalhar, por problema de saúde (Entrevista de Artur, 2023)

Os atendimentos poderiam ser mais vezes e também ter mais interação, ter tipo alguma coisa aqui pra fazer, ocupacional. Acho que eu ia gostar de chegar aqui e ter, sei lá, uma sala de leitura, um filme, alguma coisa assim, uma sala de música, porque seria um canto que a gente poderia fazer amizade, porque assim como eu chego com problema, outras pessoas também chegam com problema, né? Então a gente podia conversar, trocar experiência(...) uma roda de conversa, um bate-papo. (Entrevista de Maria, 2023)

Cavallini (2020) estudou sobre a maneira como o encontro da arte com a clínica, sob o viés das oficinas, propostas durante a reforma psiquiátrica, pode organizar-se numa potência, em possibilidades de encontro, na medida em que se afasta de atitudes manicomial. A autora encontrou experiências exitosas dessa natureza em CAPS's, nos quais, apesar da carência de recursos, os profissionais tinham como consenso prender a atenção dos usuários. Para isso, atuavam com o pouco material disponível que, por vezes, resumia-se a cola e papel. Os usuários sentiam-se mais livres para improvisar e criar com materiais ligados ao seu próprio cotidiano, e disto saíam oficinas de poesias, colagens, fanzines, fotonovelas, exibição de filmes, além de visitas a museus e galerias de arte. Talvez falte um pouco disto na Casa Norte, do consenso em se trabalhar, inovar e se mostrar interessante aos usuários, apesar da escassez de recursos – mas, claro, sem que se cesse a luta por melhorias à Saúde Mental Coletiva.

No decorrer da construção desta pesquisa, o CAPS AD foi retomando e iniciando algumas atividades grupais, de caráter terapêutico e multiprofissionais. Algumas delas, inovadoras, como os grupos de hidroginástica e de yoga, oferecidas em dispositivos da cidade, como o CRAS e a Biblioteca Pública, respectivamente, e abertas a familiares e sociedade, em geral, promovendo integração e reabilitação social. Ainda assim, percebe-se, nas falas dos usuários, a busca por mais práticas e espaços voltados à coletividade.

Embora as oficinas terapêuticas correspondam ao carro-chefe do CAPS, elas não estão incluídas no cardápio de ofertas da Casa Norte, ocorrendo apenas em caráter esporádico. Regulamentadas pela Portaria nº189 em 1991 (BRASIL, 1991), as oficinas consistem em atividades grupais, coordenadas por um ou mais profissionais, e têm como função a socialização, expressão e inserção social e familiar, a partir da realização de atividades produtivas e do exercício coletivo da cidadania. Compõem-se nas modalidades de oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização (BRASIL, 2004). Assim, a realização de oficinas terapêuticas em tempo regular e permanente, em qualquer destas modalidades, favoreceria o cumprimento da função de reabilitação psicossocial pelo CAPS AD, e corresponderia às expectativas e necessidades manifestadas pelos usuários, como descrito anteriormente, na fala de Artur, por exemplo.

Vale ressaltar, no entanto, que, para além de práticas terapêuticas específicas, planejadas e elaboradas com este fim, como são as oficinas terapêuticas, a forma como as pessoas são recebidas, ouvidas e tratadas, no cotidiano do CAPS AD, já apresenta uma acepção terapêutica. Uma conduta que nada mais faz do que cumprir atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial. De acordo com Brasil (2004), todo o trabalho desenvolvido no CAPS deve ser realizado em um “meio terapêutico”. Isto é, desde as sessões individuais àquelas grupais, ou à convivência no serviço deve ter finalidade terapêutica. O que pode ser alcançado por meio da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, englobando várias modalidades de tratamento.

Dete, por sua vez, aborda outra demanda, ao reivindicar, como melhoria, mais atenção e financiamento da Gestão Municipal para o serviço. Um dado interessante emerge quando ela equipara a importância do cuidado em Saúde Mental com qualquer outra necessidade em saúde e, portanto, deveria receber o mesmo investimento:

Para melhorar só se o prefeito visse que é um local que acolhe as pessoas, que é justo, que é necessário colocar os usuários lá. Já devia ter sede própria, porque é um lugar tão necessário como um hospital, não é? Eu vejo assim. Eu sinto assim (Entrevista de Dete, 2023).

Lopes mostra-se satisfeito com as práticas da Casa Norte. O único ponto que melhoraria é a ventilação do ambiente. De fato, por se tratar de uma cidade no sertão central do Ceará, qualquer lugar exige investimento em ventilação, climatização.

Já Alves comenta que se sente mais confortável na nova sede do CAPS. Contudo, não se sabe até quando o CAPS AD permanecerá na atual casa. Os CAPS's de Quixadá nunca tiveram sede própria e, por isso, é frequente a necessidade de mudança de endereço, gerando transtornos à equipe, usuários e obstáculos à construção de uma identidade de lugar. De acordo com Proshansky (1983 *apud* MACEDO, 2008) a identidade de lugar é um subsistema da identidade do eu, cuja função é descrever e socializar a pessoa por intermédio de suas interações com o mundo. Os lugares tidos como significativos emergem de um contexto social, cultural e econômico, e são geograficamente localizados, capazes de fornecer aos indivíduos um senso de pertencimento, uma identidade territorial. Dessa maneira, as recorrentes mudanças acabam influenciando, negativamente, para a construção e solidificação dessa identidade.

A partir do que foi identificado e analisado, portanto, constatou-se uma satisfação majoritária dos usuários acerca das práticas terapêuticas oferecidas pelo CAPS AD, com expressivo destaque ao papel do acolhimento humanizado, da escuta qualificada, ofertados não só nas práticas que são planejadas e estruturadas, como os grupos, mas no tratamento interpessoal, de fato, desde a recepção até as conversas individuais entre usuários e profissionais. A qualidade dessa relação mostrou-se muito potente à promoção de saúde e bem-estar das pessoas. Para além disso, evidenciou-se, também, a necessidade de ampliação de investimento financeiro em estrutura e insumos ao serviço, que podem facilitar, inclusive, outra demanda apontada pelos usuários: maior volume de atividades coletivas, fomentadoras de interação e convivência, incluindo empreendedorismo, arte, esporte e cultura. Os usuários demonstram, assim, alinhamento com o que pregam a clínica ampliada, o serviço psicossocial e antimanicomial, o cuidado humanizado, a reabilitação psicossocial, a pessoa como foco, enfim.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tenho em mim a ideia de tentar expor a pesquisa, da maneira mais realística e fidedigna possível e, de certa maneira, impessoal. Percebi, neste trabalho, que essa

postura de impessoalidade me é tão forte, que escrever em primeira pessoa, por exemplo, é demasiadamente desafiador. Percebi que me disponho como se todos os procedimentos do estudo tivessem vida própria, e eu tentasse narrá-los, dos bastidores, sem me mostrar. Buscando, a todo momento, o cuidado para que meu pensamento crítico não se amplifique tanto, por temer que ele venha a enviesar o estudo, ou o desviar de seus objetivos, de sua natureza. Ou, ainda, por não reconhecer que meu olhar, discurso ou hipóteses tenham relevância científica e, nesta condição, não mereçam ser escritos, considerados e eternizados em bancos de dados, tais quais os autores que admiro e uso para embasar minha pesquisa. Construir-me e reconhecer-me como uma pesquisadora ativa, falante, que se coloca e se mostra, em vez de buscar se camuflar, tem sido um processo bem caro. Provocador, desafiador, arrepiante... e também bonito.

Minayo (2012) me auxiliou muito nessa construção ao desmistificar essa impessoalidade, ao defender que a qualidade de uma análise, diferente do que eu acreditava, também depende da arte, da experiência e da habilidade em aprofundamento do investigador, pois é isto que dá o tom e o tempero ao estudo. Da mesma forma, o trabalho de campo não deve ser um exercício de contemplação; desde a observação até a interlocução com os atores, o investigador é um ator ativo, que indaga, interpreta, e desenvolve um olhar crítico.

Arte, tempero, tom. À primeira vista, me pareceram subjetivos e informais demais para fazer parte de trabalho científico. Entretanto, aos poucos fui compreendendo que essa postura, além de se alinhar mais com meu modo de ser e de ver o objeto de estudo que me instigou a investigar, também não compromete a fidelidade dos dados, pois é possível apropriar-se da riqueza de informações do campo, mantendo o cuidado de não “contaminá-lo” com uma interpretação precipitada, ainda que use da minha arte da escrita ou da elaboração das análises. Quando bem conduzida, a interpretação sobre o objeto de estudo é fiel ao campo de tal maneira que caso os entrevistados estivessem presentes, compartilhariam os resultados da análise (MINAYO, 2012). Comecei a entender que me implicar na pesquisa não a comprometeria. Ao contrário, poderia enriquecê-la.

Dessa maneira, fui permitindo-me mergulhar mais profundamente no percurso metodológico da pesquisa e nos resultados encontrados, validando a relação de certa intimidade que mantenho com eles, uma vez que, além de pesquisadora, também atuo como Psicóloga do campo, e essa condição me habilitou a envolver-me com propriedade nas discussões que os dados despertaram. Por fim, consegui unir a vivência e o afeto ao meu trabalho ao olhar investigativo que venho construindo como pesquisadora.

Partindo para as respostas aos objetivos traçados por este estudo, iniciemos pelo objetivo principal, caracterizado por analisar as percepções que o ambiente desperta no usuário, a partir da afetividade, em um CAPS AD – a Casa Norte, de Quixadá. Constatou-se, de maneira relevante, que as pessoas sentem-se bem acolhidas; identificam-se, apropriam-se, sentem-se pertencidas ao lugar, ou o percebem de forma agradável, expressando uma estima potencializadora. A forma como os usuários sentem-se bem recebidos e assistidos revela como o vínculo construído com os profissionais reflete em uma afetividade positiva, de maneira que o ambiente físico e as precariedades que ele apresenta ficam em segundo plano ou sequer são considerados.

O primeiro objetivo específico correspondeu a compreender a afetividade da relação usuário-Centro de Atenção Psicossocial (Pessoa-Ambiente). Assimilou-se que essa relação desperta, entre outros, sentimentos de bem-estar, segurança, conforto, apoio, alegria, amizade, amparo, paz. O ambiente do CAPS AD remete ao ambiente de casa, de família, de igreja, àquele que é procurado em circunstâncias em que os usuários não se sentem bem, e de onde se sente falta quando estão distantes.

A fim de cumprir o segundo objetivo específico, buscou-se investigar a possibilidade de relação entre a afetividade com o ambiente e a evasão do serviço. Esta consistiu na etapa mais difícil da pesquisa, devido as dificuldades de contactar usuários que se evadiram do CAPS AD. Com a análise de uma amostra bem menor do que a que se propunha alcançar, de início, constatou-se que a afetividade não influenciou, de maneira direta, a evasão desses usuários da Casa Norte. Foram identificados afetos positivos com o ambiente e com a equipe de profissionais, incluindo a imagem afetiva de Agradabilidade, e os fatores apontados como motivadores do afastamento foram descritos serem de outras ordens, pessoais e organizacionais.

Avaliar a satisfação do usuário com as práticas terapêuticas oferecidas pelo CAPS AD consistiu no terceiro e último objetivo específico. Para este, obteve-se como resultado uma maioria satisfeita com o que já é oferecido pelo serviço, seguida de grupos que sugerem melhorias, como a ampliação do cardápio de oferta de práticas terapêuticas, de modelo não-biomédico, envolvendo arte, esporte e maiores interações interpessoais. Além do encurtamento do tempo de espera para consultas psiquiátricas e investimento em estrutura física, insumos terapêuticos e ambiência. Dessa maneira, conclui-se o êxito de alcance dos objetivos traçados.

Existem, ainda, contribuições que podem ser atribuídas às Políticas Públicas, locais e nacionais, a partir deste estudo. Como discutido, por promover bem-estar e afetos

positivos, o CAPS AD pode ser visto como um fator de proteção à saúde. Contudo, nem a afetividade nem a ambiência são consideradas como indicadores de saúde ou fatores protetivos nas normativas brasileiras. A própria Lei 10.216 (BRASIL, 2001) que, entre outras funções, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, revolucionando a Saúde Mental no SUS, não aborda esses fatores.

A criação de indicadores deve ser antecedida pelas expectativas dos usuários, que, por sua vez, é exatamente o que se acessa neste estudo, quando se promove a avaliação das práticas terapêuticas por aqueles que as fazem uso. Uma iniciativa que pode representar potente papel transformador à Gestão da Clínica no ambiente do SUS, uma vez que o município de Quixadá não tem instituídos critérios de qualidade para o serviço público em Saúde, assim como, a nível nacional, não há a definição e o controle de critérios de qualidade para se garantir a satisfação dos usuários.

Além disso, ao ouvir os usuários, chamando-os a participar da avaliação do ambiente e das práticas terapêuticas de um serviço de Saúde, fomenta-se o trabalho humanizado e o protagonismo e autonomia do sujeito, condições essenciais ao modelo de Atenção Psicossocial; uma prática imprescindível à continuidade da Luta Antimanicomial, que deve ter caráter incessante.

Sobre o forte vínculo que alguns usuários desenvolvem com o ambiente do CAPS AD, ao ponto de lá permanecerem por 10, 11 anos, e recusarem o processo de alta, chama-se a atenção e levantam-se questionamentos sobre como devem se dar as relações afetivas dessas pessoas em âmbito pessoal e, também, com outros dispositivos da rede de Saúde. Se, por um lado, é satisfatório constatar a existência de uma afetividade positiva dos usuários com a Casa Norte, que chega a ser percebida como casa e como família, por outro lado, indaga-se o quão fragilizadas devem estar as relações e os vínculos dessas pessoas com as outras pessoas de seu ciclo social e com os lugares que frequentam.

Se é na Casa Norte que elas se sentem ouvidas, acolhidas, pertencidas, e por isso recorrem ao seu ambiente logo que precisam de apoio, o que falta aos outros ambientes do território para também serem referência de cuidado/proteção? Pensando nisso, outra contribuição às Políticas Públicas consiste em investigar como a população se sente no ambiente de outras instituições do Sistema Único de Saúde, com destaque à Atenção Primária, visto que ela é responsável pela resolubilidade de 85% das necessidades em Saúde. Certificar-se de que as pessoas tenham acesso a atendimento humanizado em toda a rede é fundamental para a garantir promoção de saúde de maneira integral.

Outrossim, questiona-se também sobre a eficácia da reabilitação psicossocial que o CAPS AD deve prover, em especial, a reinserção social, a fim de fortalecer os laços dos usuários com a sociedade, em geral, estreitando e fomentando os vínculos com o território. Algo que pode ser desenvolvido e estimulado pela Casa Norte por meio da ampliação de ações no território, que podem ser elaboradas das mais diversas configurações: oficinas terapêuticas; visitas a museus, exposições ou pontos turísticos da cidade; parcerias com órgãos de iniciativa pública ou privada que incentivem a produção de renda; promoção de espaços de lazer, esporte, interação interpessoal que facilitem o desenvolvimento de novos vínculos e afetos.

É substancial conhecer as características da relação pessoa-ambiente dentro do CAPS AD, para qualificá-la. Mas entender que o desenho dessa relação reverbera na vida das pessoas fora deste ambiente e por todo o território que elas habitam, também é uma responsabilidade nossa, uma vez que representamos um serviço comunitário, de base territorial e de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALVES, S.M. Ambientes Restauradores. In: CAVALCANTE, S.; ELALI, G.A. **Temas Básicos em Psicologia Ambiental**, Petrópolis: Vozes, 2011.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.

BLEICHER, T. **A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde**. Fortaleza, 2015. 396 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará.

BLEICHER, T. **A política de Saúde Mental de Quixadá, no contexto da reforma psiquiátrica cearense**. Fortaleza. EdUECE, 2019.

BLEICHER, T.; SAMPAIO, J.J.C.; GOMES, V. B. **O auxiliar em saúde mental: da concepção à prática do serviço**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 61-76, 2015.

BÔLLA, K. D. S.; MILIOLI, G. **A Questão Ambiental no CRAS: Promoção de Qualidade de Vida e Sustentabilidade**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 30, 2019.

BOMFIM, E. M.; FREITAS, M. F. Q.; CAMPOS, R. H. F. Fazeres em Psicologia Social. In Conselho Federal de Psicologia. **Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços**. P. 125-160. Campinas, SP: Átomo, 1992.

BOMFIM, Z. A. C. et al. Affective maps: validating a dialogue between qualitative and quantitative methods. In GARCIA-MIRA, Ricardo; DUMITRU, A. (Eds.), **Urban Sustainability: Innovative spaces, vulnerabilities and opportunities**. A Coruña, ESP: Deputación da Coruña & Instituto de Investigación Xoan Vicente Viqueira. p.131-148, 2014.

BOMFIM, Z. A. C. **Cidade e afetividade**: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e São Paulo. Fortaleza: UFC Edições, 2010.

BOMFIM, Z. A. C.; SOUZA, L. C. A. **Cidades, espaços e produção de saúde: Vivências na dimensão psicossocial**. Revista O público e o privado, v. 31, p. 83, 2018.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova As Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, n. 112, p. 59-62.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, n. 98, p. 44- 46.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Produção Técnica: Grupo de Trabalho**, Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS** – Glossário PNH, 2021. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/glossario-pnh>>. Acesso em 17 jun de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 30 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 9 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico N° 30 – Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n° 189, de 19 de novembro de 1991**. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília: MS, 1991.

CAHILL, C. H. **Los desafíos de los trastornos de la personalidad: La salud mental al limite**. Editorial Grupo 5, 1 edição, 2015.

CAVALLINI, F. M. **CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 32, n. 1, p. 40-45, jan.-abr. 2020.

CARDOSO, H. F.; BORSA, J. C.; SEGABINAZI, J. B. **Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 9, n. 3, p. 03-25, Dez, 2018.

CORRAL-VERDUGO, V. **Psicologia Ambiental: objeto, “realidades” sócio físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento**. Psicologia Usp, v. 16, n. 1-2, p. 71-87, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/41838>>. Acesso em 28 de julho de 2022.

DESVIAT, M.; BLEICHER, T. Avanços e desafios da intervenção psicossocial. In: GALIMBERTTI, P.A.; ALBUQUERQUE, I.M.N. **Sociopolítica da Saúde: desafios e oportunidades**. Sobral: Edições UVA, p171-192, 2018.

FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. A. **Território de saúde: possibilidades e desafios a partir da contribuição de Norbert Elias e John L. Scotson**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 27 (3): p. 272-277, 2019.

FIGUEIRÊDO *et al.* **Construção de Categorias/Lugares para a Loucura em Relatos de Usuários de CAPS**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 41, 2021.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo, Cortez & Moraes, 1979.

FUINI, L. L. **O território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações**. Geografia, Ensino & Pesquisa, Vol. 21, n.1, p. 19-29, 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRESSLER, S.C.; GÜNTHER, I.A. **Ambientes restauradores: Definição, histórico, abordagens e pesquisas**. Estudos de Psicologia, v. 18, n. 3, p. 487- 495, julho-setembro, 2013.

GUNTHER, H.; ROZESTRATEN, R. J. A. **Psicologia Ambiental: algumas considerações sobre sua área de pesquisa e ensino**. Revista Psicologia, Teoria e Pesquisa. Vol 9, nº1. Brasília, 1993.

GUNTHER, H.; PINHEIRO, J. Q.; GUZZO, R. S. L. **Psicologia Ambiente: entendendo a relação do homem com seu ambiente**. Editora Alínea, 2ª edição, Campinas, SP, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISAS IPSOS. **BBC News Brasil**, 2023. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/articles/c29r21r69j8o>>. Acesso em 11 de jun de 2023.

LONDERO, S. **Re-inventando o acolhimento em um serviço de saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do

Sul, Porto Alegre, 85p, 2010. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/18872>>. Acesso em 17 jun de 2023.

MACEDO, D. *et al.* **O Lugar do Afeto, o Afeto pelo Lugar: O que Dizem os Idosos?** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 24, n. 4, p. 441-449, Brasília, Out-Dez, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Caderno de Saúde Pública, v. 3, n. 9, p. 239-262, 1993.

MONTEIRO, D. D. *et al.* **Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão.** Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 jul. 2023.

MOSER, G. **Psicologia Ambiental.** Estudos de Psicologia. Universidade René Descartes-Paris V, v. 3, n. 1, 1998.

MOSER, G. Psicologia Ambiental no novo milênio: integrando a dinâmica cultural e a dimensão temporal. In. TASSARA, E. (org.). **Panoramas Interdisciplinares: para uma Psicologia Ambiental do Urbano.** São Paulo: EDUC, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A carta de Ottawa para Promoção da Saúde.** In: Organización Panamericana de La Salud. Promoción de la salud: una analogia. Publicación científica n. 557. Washigton D. C. EUA. OPS, 1986.

PACHECO, F. P. **Afetividade e implicações psicossociais vividas por moradores de uma comunidade ameaçada de desapropriação.** 2018. 231f. Dissertação - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2018.

PACHECO, F. P.; BOMFIM, Z. A. C. Atividade comunitária, estima de lugar e conscientização: uma análise da participação social do movimento Resistência Vila Vicentina. **Interações (Campo Grande)**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 247–261, 2022. Disponível em: <<https://interacoes.ucdb.br/interacoes/article/view/3120>>. Acesso em: 8 jun. 2023.

PETIT, MARIA V. I. L. L. E. L. A.. "Space as Appropriated and Appropriating." In **Appropriation of Space**. IAPS. Strasbourg, France: Louis Pasteur University, 1976.

PINHEIRO, S. B. **Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória** Rev. Longeviver, Ano III, n. 9, Jan/Fev/Mar. São Paulo, 2021.

POL, E. La Apropiación del Espacio. In: IÑIGUEZ, L.; POL, E. (coord.). **Cognición, representación y Apropiación del Espacio**. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona, Monografies Psico/Sócio/Ambientais, V. 9, 1996.

POLETTO, M.; KOLLER, S. H. **Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção**. Estudos de Psicologia, v. 25, n. 3, p. 405-416, Campinas, 2008.

RIBEIRO, E. A. W.; MOTA, A. A.; GIRALDEZ, C. G. **Conexões da Saúde Mental e Território**. Coleção Geografia da Saúde, edição 1. Editora Instituto Federal Catarinense. Blumenau, 2019.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. Psicologia: Ciência e Profissão. vol. 23, n.4, p.64-73, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em 4 de agosto de 2022.

ROCHA, T. H. R., *et al.* **A desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: um relato sobre práticas em um CAPS**. Vínculo - Revista do NESME, vol. 16, núm. 1, 2019.

SANTOS, A. AL.; RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011.

SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade.** Petrópolis: Vozes, Cap. 6., p. 97-118, 2011.

SILVA NETO, P. D. *et al.* **Vivências de graduandos em medicina sobre a importância da territorialização em saúde e das práticas educativas.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.2, p 7873-7893, 2021.

SIEBRA et al. Metodologias de investigação-ação em psicologia ambiental. Extensão em Ação, Fortaleza, v. 1, n. 8, Jan/Jul, 2015.

TAGLIAMENTO, G.; SILVA, S. S. C.; SILVA, D. B.; MARQUES, G. de S., HASSON, R.; SANTOS, G. E. **Minha dor vem de você: uma análise das consequências da LGBTfobia na saúde mental de pessoas LGBTs.** Cadernos De Gênero E Diversidade, 6(3), 77–112, 2021.

TUAN, Y. **Lugar: uma perspectiva experiencial.** Geograficidade, v.8, Número 1, Verão 2018.

VALLEJO, L. R. **Unidade de Conservação: Uma Discussão Teórica á Luz dos Conceitos de Território e Políticas Públicas.** GEOgraphia, 4(8), 57-78, 2009. Disponível em <<https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2002.v4i8.a13433>>. Acesso em 19 de novembro de 2021.

VALERA, S.; Pol, E. **El concepto de identidad social urbana: Una aproximación entre la psicología social y la psicología ambiental.** Anuario de Psicología, (62), 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. 2014.

Disponível em <

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf?sequence=8>. Acesso em 21 jun. 2023.

APÊNDICE I**INSTRUMENTO GERADOR DE MAPAS AFETIVOS (ADAPTADO)**

Primeiramente, agradecemos pela sua colaboração. Abaixo você deverá fazer um desenho que represente sua forma de ver, sua forma de representar ou sua forma de sentir o CAPS AD (Casa Norte) atualmente.

1. As seguintes perguntas fazem referência ao desenho feito por você. Não existem respostas certas ou erradas, boas ou ruins, mas, sim, suas opiniões e impressões.

1.1 Explique brevemente que significado o desenho tem para você:

1.2 Descreva que SENTIMENTOS o desenho lhe desperta:

1.3 Escreva seis palavras que resumam seus SENTIMENTOS em relação ao desenho:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____

2. Abaixo você encontrará algumas perguntas sobre o CAPS AD (Casa Norte). Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião.

2.1 Caso alguém lhe perguntasse o que pensa do CAPS AD, o que você diria?

2.2 Se você tivesse que fazer uma comparação entre o CAPS AD e algo, com o que você o compararia? Por quê?

3. Escala de Estima de Lugar

As frases abaixo dizem respeito a avaliações, impressões e sentimentos que você pode ter acerca de diversos lugares. Pensando no CAPS AD (Casa Norte), leia atentamente cada uma e indique seu nível de concordância. Para tanto, considere a escala de resposta ao lado. Por favor, procure não deixar as sentenças em branco e, sabendo que não há respostas certas ou erradas, tente responder de forma mais sincera possível.

O CAPS AD (Casa Norte) é um lugar que/onde:	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Considero como algo meu.	1	2	3	4	5
2. Está descuidado.	1	2	3	4	5
3. Tenho a sensação de que estou desamparado.	1	2	3	4	5
4. Me sinto sossegado.	1	2	3	4	5
5. Não trocaria por nada.	1	2	3	4	5
6. Considero parte da minha história.	1	2	3	4	5
7. Parece abandonado.	1	2	3	4	5
8. Desconfio das pessoas.	1	2	3	4	5
9. Me envergonha.	1	2	3	4	5
10. Tenho prazer em estar.	1	2	3	4	5
11. Sinto medo.	1	2	3	4	5
12. É ruim.	1	2	3	4	5
13. Eu posso transformar.	1	2	3	4	5
14. Acho feio.	1	2	3	4	5
15. Me indigna.	1	2	3	4	5
16. Tenho oportunidades.	1	2	3	4	5
17. Me sinto tranquilo.	1	2	3	4	5
18. Tem estruturas precárias.	1	2	3	4	5
19. Se não estou nele, quero voltar.	1	2	3	4	5
20. Me sinto identificado com ele	1	2	3	4	5
21. Me sinto acolhido.	1	2	3	4	5
22. Me deixa com raiva.	1	2	3	4	5
23. Sinto que faço parte.	1	2	3	4	5
24. Me sinto sufocado.	1	2	3	4	5

25. As coisas que acontecem nele são importantes para mim.	1	2	3	4	5
26. Poderia ser melhor.	1	2	3	4	5
27. É atraente para mim.	1	2	3	4	5
28. Sinto que estou desprotegido.	1	2	3	4	5
29. Me deixa orgulhoso.	1	2	3	4	5
30. Me sinto inseguro.	1	2	3	4	5
31. Venho à força.	1	2	3	4	5
32. Amo.	1	2	3	4	5
33. Devo estar alerta.	1	2	3	4	5
34. Me divirto.	1	2	3	4	5
35. Tem tudo a ver comigo.	1	2	3	4	5
36. Está destruído.	1	2	3	4	5
37. Tenho a sensação de que algo ruim pode acontecer.	1	2	3	4	5
38. É pouco aproveitado.	1	2	3	4	5
39. Defenderia se necessário.	1	2	3	4	5
40. Minha voz não é escutada.	1	2	3	4	5
41. Me sinto apegado.	1	2	3	4	5

APÊNDICE II

ENTREVISTA

4. Gostaríamos, agora, de fazer algumas perguntas sobre sua relação com o CAPS AD:

4.1 Como você chegou ao CAPS AD?

4.2 Quais foram suas primeiras impressões quando começou a ser acompanhado pelo CAPS AD?

4.3 Como você se sente no atual momento no CAPS AD?

4.4 Como você avalia as atividades terapêuticas do CAPS AD? Há algo que poderia ser melhorado?

5. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Identificação (Como gostaria de ser chamado na pesquisa):

Idade: _____ **Sexo:** _____

Tempo em que frequenta o CAPS AD: _____

Profissão: _____

Escolaridade:

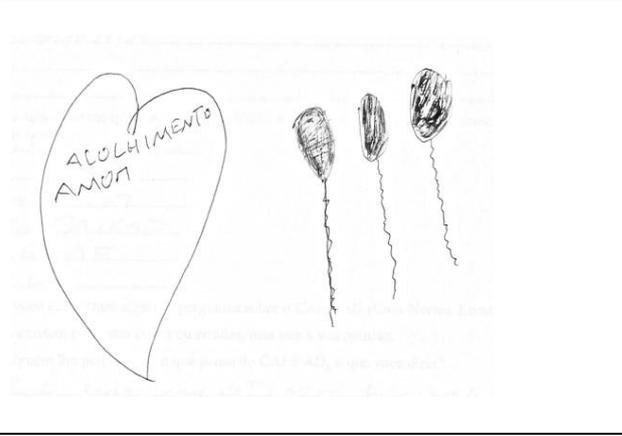
- Sem estudos
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

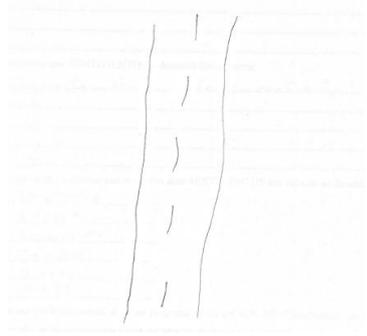
Valor aproximado da renda familiar:

- Nenhuma renda.
- Até 1 salário mínimo
- De 1 a 3 salários mínimos
- De 3 a 6 salários mínimos
- De 6 a 9 salários mínimos
- De 9 a 12 salários mínimos
- De 12 a 15 salários mínimos
- Mais de 15 salários mínimos

APÊNDICE III

MAPAS AFETIVOS

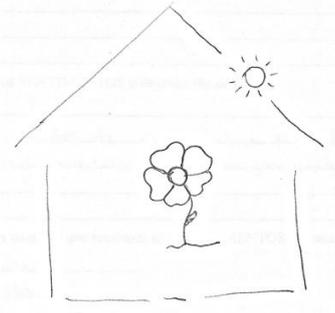
IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 01 Gaspar Escolaridade: E. Fundamental Completo		I.G.: M Idade: 20 Tempo de Serviço: 3 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Significa o que eu sinto quando estou aqui no Caps. Rola até uma pequena festa dentro de mim, por isso os balões.	Penso que é um ótimo lugar onde sempre sou tratado bem e realmente me sinto bem aqui.	Irmandade, companheirismo, amor, compaixão, alegria, calma, esperança, fé, alegria, Deus.	Compararia com um coração de mãe, porque sempre cabe mais um.
		SENTIDO	
		O 'CAPS Coração de Mãe' é um lugar que faz com que quem o utiliza, se sinta importante. Desperta bons sentimentos e dele se guardam boas lembranças. "Rola até uma pequena festa dentro de mim, por isso os balões". Há um forte sentimento de acolhimento e pertencimento, configurando uma estima potencializadora.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 8		Imagem Afetiva: Pertencimento	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 02 Lopes Escolaridade: Ensino Médio Completo		I.G.: M Idade: 28 Tempo de Serviço: 1 ano	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Um caminho, norte; uma vertente.	É um lugar de acolhimento.	Desperta ânimo, saber que existem outros caminhos a seguir. O sentimento é de que eu posso buscar um horizonte, seguir em frente.	Não há comparação. O CAPS AD é único.
		SENTIDO	
		O CAPS AD 'único', representa um caminho, um norte, alternativo àquele que leva ao uso de drogas. É um lugar incomparável, que cuida, respeita e protege. Estruturalmente, deixa a desejar, mas ao oferecer acolhimento, despertar ânimo, caracteriza-se com uma estima de lugar potencializadora.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 2		Imagem Afetiva: Agradabilidade	

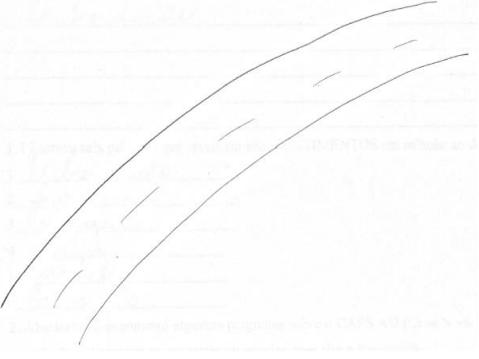
IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 03 Cristina Escolaridade: E. Fundamental Incompleto		I.G.: F Idade: 69 Tempo de Serviço: 4 anos e 2 meses	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Eu fiz um desenho de uma casa onde nós somos acolhidos pelos profissionais que tratam os pacientes.	É um lugar muito especial onde somos acolhidos; representa muitas coisas boas.	Alegria e, às vezes, muita angústia; sou bem recebida, com atenção, apoio, carinho; tenho lembranças e saudade.	Com uma casa que dá repouso, que é acolhedora com os pacientes que precisam.
		SENTIDO	
		O CAPS AD 'Casa de Repouso' é um lugar que os profissionais sempre acolhem bem quem precisa, cuidam da angústia das pessoas. É um lugar transformador: a usuária chegou até ele desesperançosa com a vida e desacreditada no tratamento. Com o tempo, foi percebendo os avanços em seu estado de saúde, e se sentindo pertencida ao lugar. Hoje, não vê o que poderia ser melhor.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 35		Imagem Afetiva: Pertencimento	

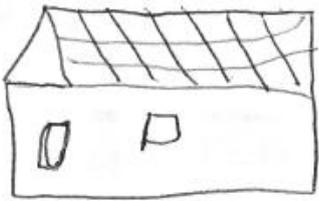
IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 06 Queiroz Escolaridade: Sem estudos		I.G.: M Idade: 49 Tempo de Serviço: 2 anos e 4 meses	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Vida.	É um lugar de apoio. Não é lugar de louco, é pra quem precisa, pra quem tem necessidade.	Paz, segurança, conforto, apoio, humildade, companheirismo, mão-amiga, amizade.	A casa de minha mãe; um lugar de apoio.
		SENTIDO	
		O CAPS 'Casa de mãe' é um lugar confortável, que desperta paz. Um lugar que acolheu o usuário em um momento muito difícil de sua vida, e que causou boas impressões e sentimentos desde os primeiros momentos. É uma segunda casa. Portanto, tem uma estima de lugar potencializadora.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 35		Imagem Afetiva: Pertencimento	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 07 Velto Escolaridade: Ensino Médio Completo		I.G.: M Idade: 31 Tempo de Serviço: 5 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
É a forma que eu vejo o CAPS AD: um abraço de amigo.	É um lugar que mudou a minha vida de forma transformadora.	Paz, empatia, amor, harmonia, igualdade, solidariedade.	É como a seleção brasileira: só está dando alegria.
		SENTIDO	
		O CAPS 'Seleção Brasileira' representa o acolhimento de um abraço amigo e o poder de transformar vidas. É um lugar que o recebeu em um momento muito difícil de sua história, despertando boas impressões desde o início do tratamento. Libertou-o das drogas e o faz sentir-se bem. Atualmente, sente-se pertencente a ele, com uma estima de lugar potencializadora.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 45		Imagem Afetiva: Agradabilidade	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 09 Ana Escolaridade: E. Médio Completo		I.G.: F Idade: 53 Tempo de Serviço: 2 anos e 3 meses	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Significa que eu me sinto acolhida, cuidada, nesses momentos delicados de situações difíceis.	É um lugar muito bom, recomendo para todos, porque encontramos paz psicológica nele.	Carinho, proteção, melhora do meu psicológico, acolhimento, proteção, bem-estar, alívio de sentimentos ruins, aconselhamento.	Uma escola, porque também se aprende muitas coisas boas.
		SENTIDO	
		O CAPS ‘Escola’ é um lugar que foi buscado com o intuito de ajudar outra pessoa, seu marido, e acabou ajudando a própria Ana. É um lugar onde é tratada com carinho e faz com que se sinta à vontade, agradável. Configura-se como uma estima de lugar potencializadora.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 34		Imagem Afetiva: Agradabilidade.	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 10 Marques Escolaridade: E. Fundamental Incompleto		I.G.: M Idade: 49 Tempo de Serviço: 5 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Fiz um boneco porque é como eu cheguei aqui. A pessoa que bebe é como um boneco para os outros: não sabe de nada. Depois é que eu fui sabendo como é a mente e a vida. Sem vocês eu não era nada.	Chamaria a pessoa para vir, porque é bom. Mas tem que vir pela própria vontade. Aqui não falta nada para você, agora depende da sua vontade.	Tristezas da minha vida, perdas, mudanças, reconstrução, apoio, sentimento de ir para frente, recomeçar.	Uma família, porque me ajuda muito. Se não fosse o CAPS AD, acho que não estaria mais nesse mundo. É só eu chegar que sou bem atendido.
		SENTIDO	
		O CAPS 'Família' tem o poder de transformação que o lugar representa ao usuário é bastante relevante, mas sobressalta-se a responsabilidade do indivíduo em buscar por essa transformação. Assim, destaca-se uma estima de lugar potencializadora, assim como o sentimento de gratidão, de estar em casa, à vontade, em família; identificando-se com o lugar e entendendo que a transformação que se busca se dá aos poucos, em processo.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 35		Imagem Afetiva: Pertencimento	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 11 Maria Escolaridade: E. Superior Completo		I.G.: F Idade: 40 Tempo de Serviço: 2 anos e 8 meses	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
O CAPS AD representa em minha vida um caminho onde a gente busca apoio, compreensão, amparo e remédio.	É um ambiente agradável, com muito acolhimento.	Liberdade, esperança, coragem, força, carinho, atenção.	Uma igreja, porque acolhe, escuta e ajuda.
		SENTIDO	
		No CAPS 'Igreja' os sentimentos bons de amparo, apoio e gratidão são equiparados aos fármacos, igualmente necessários a sua liberdade. A agradabilidade e a certeza de escuta são características do local, o que simboliza uma estima de lugar potencializadora. O poder transformador do ambiente, que a recebeu deprimida e angustiada, e hoje se encontra bem, também se faz presente.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 14		Imagem Afetiva: Agradabilidade.	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 12 Morais Escolaridade: E. Fundamental Incompleto		I.G.: M Idade: 41 Tempo de Serviço: 5 meses	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Significa que estou sendo bem acolhido. É uma casa em que me sinto bem, em paz.	É um lugar que recebe a pessoa muito bem, de onde a gente sai bem melhor. No meu caso, é assim.	Felicidade, acolhimento, muito família, paz, alegria, sabedoria e amizade.	Uma igreja, porque também é um lugar em que me sinto bem, acolhido.
		SENTIDO	
		O CAPS 'Igreja' é um lugar acolhedor, promotor de transformação na vida das pessoas. Desacreditado, no início de sua vivência no CAPS AD, foi reconhecendo as melhoras em sua qualidade de vida. Apresenta uma estima de lugar potencializadora.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 41		Imagem Afetiva: Agradabilidade	

APÊNDICE III.I

MAPAS AFETIVOS DE EVASÃO

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 13 Dete Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		I.G.: F Idade: 57 Tempo de Serviço: 11 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Desenhei assim porque o Caps faz eu me sentir segura, em casa, bem. Eu vivia bem quando estava lá. Agora, que estou afastada (...), não tenho norte, não tenho amigos, não tenho alegria; me acomodei.	As melhores referências. Já aconselhei muita gente a ir pra lá. Se vejo que a pessoa precisa, sempre indico.	Saudade, querer-bem, segurança, bem-estar, acolhimento, vontade de estar com as pessoas que me fazem bem.	Como o AA, porque lá a gente também se sente muito bem; eles acolhem a gente com amor.
		SENTIDO	
		O CAPS “AA” é um lugar de agradabilidade representado pelo acolhimento, bem-estar e renovação; é um lugar humanizador ‘me sinto gente quando estou lá’, onde se pode ter uma nova chance para viver, e de onde se sente muita falta. A precariedade de estrutura e recursos é vista, mas não se sobressai ao trabalho qualificado dos profissionais, que poderia ser ainda melhor se o lugar recebesse mais atenção da gestão.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): 23		Imagem Afetiva: Agradabilidade	

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: 14 Alves Escolaridade: Pós-graduação		I.G.: M Idade: 30 Tempo de Serviço: 2 anos	
SIGNIFICADO	QUALIDADE	SENTIMENTOS	METÁFORA
Serviço ofertado pelo SUS, com parceria entre o paciente e os servidores, com o intuito de prestar atenção humanizada e centrada na evolução e redução dos danos, envolvendo aspectos subjetivos, como a empatia e o acolhimento.	Unidade especializada em saúde mental para pacientes em adicção em álcool e drogas e é mais célere em relação ao Caps Geral.	Amor, empatia, esperança, zelo, vida, atenção.	Um Caps Geral mais célere.
		SENTIDO	
		O CAPS 'Célere' assim é denominado por existir uma frequente comparação entre os atendimentos do CAPS AD com o CAPS II - de onde o respondente também é usuário -, havendo um favoritismo ao CAPS AD, ao qual se atribui as melhores condições de estrutura e atendimento. É dado destaque às competências do ambiente enquanto uma instituição do SUS, que é bem valorizado, mas não exatamente devido ao vínculo estabelecido com o lugar, e sim ao papel que exerce na Saúde Pública.	
Índice de Estima de Lugar (IEL): -11		Imagem Afetiva: Agradabilidade	