

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

ÉRIKA REGINA DE OLIVEIRA COLATO

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL:
PERSPECTIVA DAS PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES**

SÃO CARLOS – SP

2026

ÉRIKA REGINA DE OLIVEIRA COLATO

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL:
PERSPECTIVA DAS PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Terapia Ocupacional. Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

São Carlos – SP

2026

Colato, Érika Regina de Oliveira

Projeto Terapêutico Singular em Saúde Mental:
Perspectiva das pessoas usuárias e familiares / Érika
Regina de Oliveira Colato -- 2026.
231f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos,
campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira
Lussi

Banca Examinadora: Profa. Dra. Sabrina Helena
Ferigato, Profa. Dra. Adriana Leão, Profa. Dra. Maria
Fernanda de Silvio Nicácio, Profa. Dra. Teresinha Cid
Constantinidis

Bibliografia

1. Pessoa usuária . 2. Família. 3. Projeto Terapêutico
Singular. I. Colato, Érika Regina de Oliveira. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Érika Regina de Oliveira Colato, realizada em 27/02/2026.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi (UFSCar)

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato (UFSCar)

Profa. Dra. Adriana Leão (UFES)

Profa. Dra. Maria Fernanda de Silvio Nicácio (USP)

Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis (UFES)

AGRADECIMENTOS

*“Rosas são vermelhas, violetas são azuis,
leia a tese com muita atenção, enquanto
come um cuscuz” (Eduardo Colato, 2025).*

Agradeço profundamente à minha orientadora, Profa. Dra. Isabela Lussi, que há sete anos me acolheu, incentivou e inspirou. A sua parceria e o seu amparo foram fundamentais em toda a trajetória da pós-graduação, acompanhando-me com igual generosidade nos “dias de luta e nos dias de glória” e apontando caminhos possíveis admiráveis e éticos nesta tessitura da vida, como terapeuta ocupacional, pesquisadora, mãe e mulher. Que siga sendo inspiração para tantas outras de nós.

Aos membros da minha Banca de Defesa que, de forma igualmente generosa, compuseram anteriormente a Banca de Qualificação: Adriana Leão, Maria Fernanda de Silvio Nicácio, Teresinha Cid Constantinidis e Sabrina Helena Ferigato, registro o quanto me senti honrada por tê-las ao meu lado neste projeto de doutoramento. A minha gratidão pelas contribuições cuidadosas e pelas reflexões sensíveis que ofereceram; suas perspectivas e devolutivas respeitadas e afetuosas deram fôlego ao percurso e fortaleceram-me rumo à finalização desta tese.

Às docentes da pós-graduação, e igualmente às da graduação, que participaram da construção da terapeuta ocupacional que me tornei, agradeço por fortalecerem em mim o compromisso ético e reflexivo que alimenta a prática cotidiana em cada campo por onde passei. De modo especial, à Taís Quevedo Marcolino, cujo entusiasmo contagiante sempre me convidou a retornar a esta casa, a UFSCar; e à Thelma Simões Matsukura, que, como em todas as outras vezes em que a procurei, recebeu-me de braços abertos quando finalmente retornei.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO), expresse a minha gratidão pela parceria constante, pelos incentivos, pelos momentos de convivência coletiva e pelos socorros que chegaram mesmo à distância. De modo especial, aos queridos: João Gabriel T. Dantas e Thamy Ricci, pela escuta atenta e pelas trocas afetuosas que tanto me confortaram. Meu muito obrigada às queridas Belle (Lisabelle Mazaro) e Barbara Depole, que me acolheram no PPGTO como verdadeiras

guias, oferecendo suporte técnico e afetivo sempre que precisei. E à amiga Danieli A. Gasparini, parceira de pós-graduação e presente valioso que a vida me deu: obrigada por tanto, pela amizade, pelo companheirismo e, sobretudo, pelo otimismo que nos fortaleceu nos momentos de maior angústia, tão comuns no percurso de qualquer doutorando. A caminhada foi, sem dúvida mais leve, por e com todos vocês.

Aos participantes desta pesquisa, agradeço a generosidade em compartilhar as suas experiências de cuidado e de vida. Sou imensamente grata por confiarem em mim as suas histórias, vivências e marcas dos percursos de cuidado. Agradeço ainda às equipes dos CAPS participantes, que em meio a correria cotidiana, mostraram-se dispostas a colaborar com esta pesquisa. À Mari (Mariana Avelar) que prontamente aceitou aventurar-se como a minha auxiliar de pesquisa, guia territorial e motorista durante a produção de dados. Às amigas que o CAPS que atuo apresentou-me: Cristiane Zambelli, Bruna Fischer e Leticia Bettini, deixo a minha gratidão pela parceria diária e pela presença constante nesse espaço de luta e resistência na produção de saúde mental, compreendendo e colaborando com as minhas ausências ao longo do doutorado. À querida Vania D. R. da Silva, agradeço a calma nos momentos em que eu precisava ser lembrada de que, embora o processo seja árduo, as pausas são necessárias e igualmente produtivas.

Aos meus pais, agradeço pelos ensinamentos sobre respeito e empatia, valores cultivados desde cedo. À minha mãe, Dona Fátima, que me ensinou o valor da educação e o seu poder transformador, deixo o meu agradecimento por apoiar cada uma das minhas escolhas. Aos meus irmãos, pela torcida constante e pelo incentivo. Ao meu companheiro de vida, Alexandre Colato, sou grata pela parceria, pela presença constante e por ser porto seguro ao longo de todo esse processo. E aos meus filhos, João Arthur O. e Eduardo O. Colato, agradeço profundamente pela compreensão diante das mudanças na rotina, dos passeios e viagens adiadas, pelos cafezinhos, piadas e paródias, que se tornaram recursos essenciais. Obrigada por comemorarem comigo a cada etapa concluída nesta caminhada.

Esta tese foi escrita por minhas mãos, mas sustentada por muitos braços.

Muito obrigada a todas e todos!



¹ Pelé é uma das pessoas colaboradoras do estudo que produziu a fotografia ilustrada.

FINANCIAMENTO:

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular, concebido no âmbito da saúde mental e da saúde coletiva, é atualmente um dispositivo amplamente utilizado nos serviços de saúde mental no Brasil. Compreendido como um conjunto articulado de estratégias que reconhece e valoriza os saberes, as experiências e as histórias de vida das pessoas em cuidado, dos seus familiares e dos profissionais envolvidos, os quais participam coletivamente da coprodução de um projeto orientado à emancipação social e à produção de saúde e de vida. Este estudo de abordagem qualitativa teve como objetivo identificar a perspectiva de pessoas usuárias e familiares acerca do PTS desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial, bem como os desafios relacionados à construção e à implementação do PTS e os aspectos que caracterizam, sob a ótica dessas pessoas, um PTS considerado bem-sucedido. Participaram da pesquisa doze colaboradores, sendo sete pessoas familiares e cinco pessoas usuárias vinculadas a quatro CAPS de um município do interior do estado de São Paulo. A pesquisa incluiu uma etapa preliminar de estudo piloto, realizada em um município distinto daquele da coleta de dados. A produção dos dados utilizou formulários de caracterização das pessoas participantes, roteiros de questões disparadoras e diário de campo. As estratégias de coleta de dados apresentaram especificidade entre os participantes. Com as pessoas familiares, foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas, em encontro único, com duração entre 40 minutos e 1 hora. Com as pessoas usuárias, a coleta ocorreu em dois encontros envolvendo um grupo focal e uma atividade mediada por fotografias, com duração de duas horas cada. Todos os encontros foram gravados, transcritos e posteriormente analisados. Os dados dos formulários de caracterização foram analisados de forma descritiva. Entre as pessoas familiares, todas eram mães, com idades entre 46 e 72 anos, majoritariamente autodeclaradas negras ou pardas. Entre as pessoas usuárias, todos eram homens, com idades entre 30 e 62 anos, majoritariamente autodeclarados pardos ou negros. Os dados oriundos das entrevistas, do grupo focal, da atividade com fotografias e do diário de campo foram submetidos à análise temática, conforme Bardin, emergindo as seguintes categorias temáticas: Compreensão e construção do PTS; Estigma e Violência; Cotidiano; Trabalho; Redes, intersetorialidade e relações sociais. Os resultados indicam que, embora os participantes não estivessem familiarizados com o conceito de PTS, identificaram aspectos centrais para a construção

de um projeto bem-sucedido, alinhados aos pressupostos da Atenção Psicossocial. O cotidiano emergiu como espaço de sustentação do cuidado, mas também reprodutor de fragilidades, múltiplas violências e estigmas, impactando diretamente nos projetos de cuidado. O trabalho mostrou-se pouco acessado formalmente, embora reconhecido como produtor de saúde, quando apropriado de significado para as pessoas usuárias. As redes de saúde e intersetoriais apresentam-se pouco articuladas, repercutindo na baixa participação social e relações sociais restritas. Conclui-se que persiste um distanciamento entre os pressupostos do PTS e sua concretização, na prática, especialmente no que se refere à participação efetiva de pessoas usuárias e familiares, ainda que suas perspectivas estejam alinhadas às possibilidades da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, esperamos que este estudo contribua para a ampliação dessas práticas, oferecendo subsídios que aproximem tais pressupostos da realidade cotidiana dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Pessoa Usuária; Família; Saúde Mental; Projeto Terapêutico Singular; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The Singular Therapeutic Project (Projeto Terapêutico Singular – PTS), conceived within the fields of mental health and collective health, is currently a widely implemented device in mental health services in Brazil. It is understood of an articulated set of strategies that recognizes and values the knowledge, experiences, and life histories of service users, their families, and the professionals involved, who collectively participate in the co-production of a project oriented toward social emancipation and the promotion of health and life. This qualitative study aimed to identify the perspectives of service users and family members regarding the PTS developed in Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), as well as the challenges related to its construction and implementation and the aspects that characterize, from their standpoint, a PTS considered successful. Twelve participants took part in the study, seven family members and five service users, linked to four CAPS in a municipality in the interior of the state of São Paulo. The study included a preliminary pilot phase conducted in a municipality distinct from the primary data collection site. Data were produced using participant characterization forms, guiding question scripts, and field diaries. Data collection strategies differed across participant groups. For family members, individual semi-structured interviews were conducted in a single meeting lasting between 40 minutes and one hour. For service users, data collection occurred over two meetings involving a focus group and a photo-elicitation activity, each lasting two hours. All meetings were audio-recorded, transcribed, and subsequently analyzed. Data from the characterization forms were analyzed descriptively. Among family members, all were mothers aged 46 to 72 years, mostly self-identified as Black or Brown. Among service users, all were men aged 30 to 62 years, also predominantly self-identified as Brown or Black. Data derived from the interviews, the focus group, the photo-based activity, and field diaries were subjected to thematic analysis following Bardin, resulting in the emergence of the following thematic categories: Understanding and construction of the PTS; Stigma and violence; Everyday life; Work; Networks, intersectoriality, and social relations. The results indicate that although participants were not familiar with the formal concept of the PTS, they identified central elements for constructing a successful project that align with the principles of Psychosocial Care. Everyday life emerged as both a sustaining context for care and a space where vulnerabilities, multiple forms of violence, and stigma are reproduced, directly shaping care plans. Work was found to be scarcely accessed in

formal terms, although recognized as a producer of health when endowed with personal meaning for service users. Health and intersectoral networks appeared poorly articulated, resulting in limited social participation and restricted social relationships. The study concludes that a gap persists between the premises of the PTS and their practical realization, particularly regarding the effective participation of service users and families, despite their perspectives aligning with the possibilities of Psychosocial Care. In this context, we hope that this study contributes to the strengthening of these practices by offering insights that help bring such premises closer to the everyday realities of mental health services.

Keyword: Psychosocial Care; Users; Family; Mental Health; Singular Therapeutic Project; Occupational Therapy.

LISTA DE SIGLAS

- ABS – Atenção Básica em Saúde
- AVD – Atividades de Vida Diária
- AVP – Atividade de Vida Prática
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II
- CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III
- CAPS IJ – Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
- CECO – Centro de Convivência
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- DRS VII – Departamentos Regionais de Saúde VII
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
- NOT – Núcleo das Oficinas de Trabalho
- ONG – Organização Não Governamental
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PSF – Programa de Saúde da Família
- PTI – Projeto Terapêutico Individual

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC – Pontifícia Universidade Católica

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Residência Terapêutica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SPA – Substâncias Psicoativas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Procedimentos para o estudo piloto.....	67
Figura 2 - Convite aos CAPS.....	71
Figura 3 - Procedimentos de coleta de dados com as pessoas familiares.....	77
Figura 4 - Procedimentos de coleta de dados com as pessoas usuárias.....	77
Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas familiares.....	84
Quadro 2 - Caracterização das atividades desenvolvidas pelas pessoas familiares.....	86
Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica das pessoas usuárias.....	89
Quadro 4 - Caracterização das atividades cotidianas das pessoas usuárias.....	94
Quadro 5 - Atividades das pessoas usuárias segundo pessoas familiares.....	176

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1. INTRODUÇÃO	21
2. SAÚDE COLETIVA, SAÚDE MENTAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: APORTES PARA O PTS	32
3. OBJETIVOS	57
3.1 OBJETIVO GERAL	57
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..	57
4. METODOLOGIA	58
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	59
4.2 PARTICIPANTES	60
4.3 CAMPO DA PESQUISA	60
4.4 INSTRUMENTOS	61
4.4.1 Formulário de Caracterização das Pessoas Participantes	61
4.4.2 Grupo Focal	62
4.4.3 Fotografia	63
4.4.4 Entrevistas Semiestruturadas	64
4.4.5 Diário de campo	64
4.5 ESTUDO PILOTO	66
4.5.1 Estudo piloto com as pessoas usuárias	67
4.5.2 Estudo Piloto com as pessoas familiares	69
4.6 PROCEDIMENTOS	70
4.6.1 Contato com a instituição gestora dos CAPS	70
4.6.2 Contato com os gestores dos CAPS	72
4.6.3 Convite aos participantes	73
4.6.4 Procedimentos de Coleta de Dados	75
4.7 ANÁLISE DE DADOS	81
5. RESULTADOS	83
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS PARTICIPANTES	83
5.2 COMPREENSÃO E CONSTRUÇÃO DO PTS	101
5.3 ESTIGMA E VIOLÊNCIA	125
5.4 COTIDIANO	144
5.5 TRABALHO	163

5.6 REDES, INTERSETORIALIDADE E RELAÇÕES SOCIAIS	175
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
REFERÊNCIAS	199
APÊNDICES	212
ANEXO	225

APRESENTAÇÃO

*“Já agradecendo esse tempo dado,
gostaria de deixar um recado:
Essa tese foi escrita com muito esforço e suor,
para ser entregue somente o melhor.
Com isso aproveitem a apresentação,
pois foi preparada com muita dedicação.
Dessa forma encerro esse pequeno poema,
e deixo a fala para quem entende do tema”*
(João Arthur Colato, 2026).

A minha trajetória na Terapia Ocupacional teve início em 2001, impulsionada por uma curiosidade despreziosa que, ao longo do tempo, transformou-se numa escolha consciente e apaixonada. Ingressando na graduação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em 2002, pude compreender a amplitude da profissão e a diversidade dos seus campos de atuação. Durante a formação, participei de projetos de extensão e pesquisa, entre eles, o Laboratório Metuia, o projeto Self-Healing e iniciativas voltadas à Educação Especial, experiências fundamentais para o despertar do interesse pela produção de conhecimento e pela pesquisa acadêmica.

Após a graduação, optei por ampliar a minha experiência profissional fora do ambiente universitário. Inicialmente, atuei em uma instituição de reabilitação, enquanto aprofundava a minha formação clínica no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO). Posteriormente, movida pelo desejo de atuar no campo da Saúde Mental, desloquei-me para o estado da Bahia, onde trabalhei em um hospital psiquiátrico. Nesse contexto adverso, aprofundei a minha compreensão sobre o potencial da Terapia Ocupacional para a promoção do cuidado e dos direitos humanos, mesmo em cenários historicamente marcados pela exclusão social.

De volta ao estado de São Paulo, diversifiquei a minha atuação em diversos campos da reabilitação, sempre orientando as minhas práticas pela promoção da autonomia, pelo respeito à singularidade dos sujeitos e pela efetivação da participação social. Mantive, nesse período, vínculos com a UFSCar, atuando como preceptora de estágios e cursando especializações. No entanto, foi ao retornar ao campo da Saúde Mental, em 2017, como terapeuta ocupacional em um Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS II), que reencontrei uma dimensão crítica e transformadora da profissão. Diante das fragilidades e dos desafios do serviço público, reconheci a centralidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como dispositivo fundamental para a organização do cuidado, a ampliação da voz das pessoas usuárias² e a efetivação dos princípios da Atenção Psicossocial.

Essas vivências renovaram o meu desejo de aprofundar a compreensão teórico-prática da atuação do terapeuta ocupacional no âmbito da saúde mental, impulsionando o meu retorno à UFSCar, em 2019, inicialmente como aluna especial e, posteriormente, como mestranda no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO). A realização da pesquisa durante a pandemia de COVID-19, conciliando o trabalho na saúde mental e a maternidade, constituiu-se como um desafio singular, que fortaleceu ainda mais a minha relação com a produção científica e com o compromisso profissional.

A presente tese, continuidade do percurso iniciado no mestrado, emerge dessa trajetória e da curiosidade que continuamente me impulsiona. Tem como objetivo evidenciar as perspectivas de pessoas em sofrimento psíquico e dos seus familiares, em um contexto em que as suas vozes são frequentemente silenciadas, adotando uma abordagem qualitativa. Paralelamente, busca evidenciar a potência do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendida como uma necessidade urgente diante dos ataques às políticas públicas de saúde mental, intensificados a partir de 2016, com o ataque a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o favorecimento de práticas excludentes e hospitalocêntricas.

A minha inserção cotidiana na RAPS permite-me testemunhar não apenas as ausências, as dificuldades de acesso e a precarização dos serviços, mas também o poder de práticas de cuidado humanizadas e comprometidas com a singularidade dos sujeitos, práticas que esta pesquisa se propõe demonstrar e fortalecer. Assim, esta investigação é fruto de um compromisso ético-político em defesa da Atenção Psicossocial, com a promoção dos direitos humanos e com a consolidação de práticas de cuidado que respeitem os direitos e cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

² Considerando os debates históricos e atuais acerca do uso da terminologia “usuário”, frequentemente apontada como reducionista e carregada de preconceito (Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, 1993; Vasconcelos, 2021), bem como as implicações relacionadas às questões de gênero, opta-se, neste trabalho, pela utilização da terminologia: pessoas usuárias e familiares.

Em diversos momentos, as lentes da terapeuta ocupacional de CAPS sobrepuseram-se às da pesquisadora. Nesse mesmo percurso, assumir o lugar de pesquisadora fortaleceu a minha permanência no serviço, sobretudo nos momentos em que o “esperançar” fez-se necessário. Reconhecer a tênue linha entre esses dois papéis ocupacionais foi um processo complexo, à medida que amadureci como pesquisadora, compreendi que eles podiam caminhar juntos, com limites imprecisos, porém harmônicos. Trata-se de um caminho no qual a terapeuta ocupacional pesquisadora e a profissional do CAPS caminham lado a lado, apoiando-se mutuamente, sempre em direção à construção de práticas inventivas, éticas, comprometidas com o acompanhamento de transformações de vidas.

1. INTRODUÇÃO

Hoje no CAPS, estive com a mãe de uma pessoa usuária, conforme combinado com ele, para mediar uma conversa bem difícil sobre PTS, os últimos encontros com familiares têm sido assim, sempre no meio do caos, como uma prática institucionalizada: discutir PTS na hora da crise, das dificuldades... Isso me motiva a sentar na frente do computador agora, para entender um pouco mais sobre isso e como poderia ser diferente (Diário de Campo, janeiro de 2024).

No final da década de 1970, teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, alinhado a diversos outros movimentos internacionais que questionavam o paradigma biomédico e hospitalocêntrico. Esse movimento propunha alternativas fundamentadas em novos conhecimentos e práticas sociais, com o objetivo de denunciar e abolir práticas manicomiais que violavam os direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico (Nicácio, 2003; Amarante, 2013, Ferreira *et al.*, 2017; Morato, 2019).

Nesse mesmo período, destacou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), como ator coletivo central no avanço da reforma. Inserido no contexto mais amplo da redemocratização do país, o MTSM expressava a insatisfação com o modelo hospitalocêntrico e defendia formas de cuidado mais humanas e democráticas. Assim, trabalhadores da saúde mental assumiram protagonismo político e social, articulando-se a outros movimentos sociais e contribuindo para a formulação de propostas críticas que se tornariam pilares do processo de reforma (Nicácio, 2003).

Entre 1980 e 1990, a Reforma Psiquiátrica brasileira consolidou importantes marcos que transformaram o campo da saúde mental. Na primeira metade da década, o movimento da reforma articulou-se à Reforma Sanitária e impulsionou debates sobre saúde como direito universal, culminando na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) com a participação de gestores e trabalhadores da saúde mental, além de representantes estatais. Nesse mesmo ano ocorreu o Encontro de Bauru, considerado um divisor de águas, que lançou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e deu origem ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, ampliando a mobilização social em defesa da desinstitucionalização (Nicácio, 2003).

No final da década, destacaram-se experiências pioneiras de serviços substitutivos em municípios como São Paulo e Santos, além da apresentação do Projeto de Lei n. 3.657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a progressiva extinção dos manicômios e a regulamentação da internação compulsória, mobilizando intensos debates políticos ao longo da década seguinte. Em âmbito internacional, a Declaração de Caracas (1990), promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), legitimou internacionalmente os processos de reforma psiquiátrica em curso na América Latina, fortalecendo, no Brasil, a perspectiva da desinstitucionalização como diretriz central das políticas públicas em saúde mental (Nicácio, 2003).

Esse movimento, respaldado nos princípios da desinstitucionalização, visava ressignificar o modelo assistencial em saúde mental, priorizando a defesa da vida e reconhecendo o sujeito como cidadão de direitos pertencente à comunidade (Amarante, 2013; Ferreira *et al.*, 2017; Morato, 2019). Nesse contexto, a Reabilitação Psicossocial consolida-se como um referencial teórico e prático fundamental na reestruturação dos serviços voltados à atenção psicossocial. Os seus princípios têm orientado as práticas, a organização de dispositivos de cuidado e à produção acadêmica no campo da saúde mental no Brasil (Morato e Lussi, 2018).

A Reabilitação Psicossocial, conforme apresentada por Ana Pitta (2016), ganhou destaque no Brasil a partir do I Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial, realizado em 1995, em São Paulo–SP. Esse evento marcou o encontro entre as formulações teóricas italianas de Benedetto Saraceno, Franco Rotelli, do francês Robert Castel e as experiências brasileiras de transformação do cuidado em saúde mental, favorecendo o amadurecimento conceitual e político dessa perspectiva no país. Nesse contexto, a definição da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (1985 apud Pitta, 2016) contribuiu para aprofundar a compreensão do conceito, ao caracterizar a Reabilitação Psicossocial como um processo personalizado que visava facilitar, ao indivíduo com limitações, a reconstrução da melhor qualidade de autonomia possível para o exercício das suas funções na comunidade.

Para Pitta (2006), era necessário ultrapassar essa definição, de modo que o foco não se restringisse a busca da normalidade ou à reabilitação propriamente, mas se orientasse para o efeito “habilitador”, fundamentado na articulação de técnicas terapêuticas e recursos disponíveis voltados à promoção da inclusão social das pessoas,

com ênfase no território. Essa perspectiva implicava transformações nas práticas institucionais e a criação de serviços substitutivos, reafirmando a Reabilitação Psicossocial como um dos pilares fundamentais da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Essa concepção converge com a formulação de Saraceno (2001a), que entende a Reabilitação Psicossocial como uma exigência ética e política, demandando uma profunda reconfiguração dos serviços de saúde mental, os quais devem atuar de forma articulada em três dimensões fundamentais: o habitat, a rede social e a promoção de atividades com valor social. Nesse sentido, a recuperação do poder contratual dos sujeitos é concebida como condição indispensável para a efetividade do processo de reabilitação e para a reinvenção da vida em liberdade (Saraceno, 2001a, 2001b).

A construção plena da cidadania, influenciada diretamente por variáveis que impactam positiva ou negativamente no poder de contratualidade nos três cenários definidos por Saraceno (2001a) torna-se o pilar central da Reabilitação Psicossocial. Para alcançá-la, faz-se necessário um conjunto de estratégias voltadas a ampliar as oportunidades de troca de recursos e afetos, condição determinante para que nessa dinâmica se crie de fato um efeito "habilitador" (Saraceno, 2001b, p. 112, grifo do autor).

A Atenção Psicossocial, paralelamente à Reabilitação Psicossocial, emerge como um processo complexo, um campo não só de conhecimento, mas de proposição de ações e práticas de cuidado concretas que instrumentalizam e contribuem na reorganização das Políticas Nacionais de Saúde Mental com objetivo de contrapor o modelo asilar anteriormente predominante (Amarante, 2013; Morato, 2019).

O campo da Atenção Psicossocial desenvolveu-se concomitantemente ao movimento da Reforma Psiquiátrica, consolidando-se como estratégia fundamental para a superação das práticas assistenciais segregadoras destinadas às pessoas em sofrimento psíquico. Trata-se de um campo mutável e flexível, de contornos parcialmente delimitados, que expressa um processo social complexo, marcado por constantes mudanças e inovações voltadas à substituição definitiva do modelo excludente vigente. Nesse percurso, propõe a construção de novos conhecimentos e práticas sociais, em estreito diálogo com a Reforma Sanitária, a Saúde Coletiva e os movimentos sociais (Morato, 2019).

Sob essa lógica, o foco da intervenção desloca-se da doença para a pessoa na sua integralidade, considerando os seus desejos, seus cotidianos, seus vínculos familiares e trabalho. Assim, a lógica de exclusão e repressão que sustentava o modelo anterior deixa de orientar as práticas de saúde mental, cedendo espaço ao cuidado e ao acolhimento, elementos que favorecem as trocas sociais necessárias à construção de novos modos de atenção. É nesse contexto que se consolida a Atenção Psicossocial, constituindo-se como espaço de experimentação, encontros e reflexões para reinvenção prática e conceitual do cuidado em saúde mental (Morato, 2019).

A Atenção Psicossocial é estruturada a partir das seguintes dimensões, segundo Amarante (2013): 1) Ético-política: propõe novas construções epistêmicas no campo da saúde mental, considerando aspectos científicos, ideológicos, políticos e éticos na formulação conceitual, na qual a doença é descoberta como parte de uma experiência subjetiva; 2) Técnico-assistencial: refere-se à construção de dispositivos e estratégias de cuidado que levem em consideração a subjetividade, os coletivos e a participação social para a criação de novos espaços de promoção da saúde; 3) Jurídico-política: trata da garantia de direitos aos sujeitos em sofrimento psíquico, rompendo com a noção de periculosidade historicamente associada à loucura e criando normativas que asseguram o acesso a direitos e o exercício pleno da cidadania; e 4) Sociocultural: destaca o papel da arte, da cultura e das expressões subjetivas na ressignificação da loucura, contando com a participação social coletiva. Essas dimensões interagem de maneira dinâmica e evidenciam o propósito central da Atenção Psicossocial: transformar o lugar que o sofrimento psíquico ocupa na sociedade.

No contexto de reorganização da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, materializada pelos princípios da Atenção Psicossocial, surgiram leis e portarias que impulsionaram mudanças no modelo assistencial. Esse processo ocorreu paralelamente à democratização do Sistema Único de Saúde (SUS), em um período de transição da gestão de saúde anteriormente centrada no Estado para um modelo de gestão tripartite, envolvendo também a sociedade civil (Luzio; Yasui, 2010).

Nesta reorganização, destaca-se a Portaria n.º 224/1992 que reafirmou os princípios do SUS e regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental (Brasil, 2004). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi criado como um dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, com propostas assistenciais complexas (Brasil,

2004). Em 2001, a Lei n.º 10.216 redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, assegurando direitos e promovendo um cuidado sem discriminação e em liberdade (Brasil, 2001).

As internações psiquiátricas passaram a ser consideradas uma intervenção que deve ser exceção, ofertada somente em situações em que todos os outros recursos extra-hospitalares de cuidado forem insuficientes (Brasil, 2001). Nesse contexto, embora existissem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento como experiências pioneiras no campo da saúde mental, como será evidenciado no capítulo a seguir, foi somente com a Portaria n.º 336/02, que esses serviços foram, formalmente, normatizados e reconhecidos como principais articuladores das ações em Saúde Mental, sendo classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III, conforme sua complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2002). Posteriormente, foram instituídas outras modalidades, como o CAPS IJ (Infantojuvenil), voltado ao atendimento de crianças e adolescentes, e o CAPS AD (Álcool e Drogas), destinado à atenção especializada a pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas (Brasil, 2004).

Contudo, na Portaria n.º 3.088/2011 os CAPS são apontados como serviços ordenadores do cuidado em saúde mental, juntamente com a Atenção Básica, assumindo um papel estratégico nas ações e articulações da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por intermédio do PTS (Brasil, 2011). O CAPS tem como objetivo o exercício de cidadania e inserção social da pessoa usuária (Brasil, 2004a). Composto por uma equipe interdisciplinar, realiza ações territoriais voltadas para pessoas em sofrimento psíquico, valorizando o território em que o indivíduo habita, transita e se relaciona (Morato; Lussi, 2018). É visto como um dos dispositivos centrais da RAPS para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2011).

Conforme a Política Nacional de Saúde Mental, cada pessoa usuária do CAPS deve possuir um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em um conjunto de ações de cuidado alinhadas às suas particularidades e necessidades dentro e fora do serviço. As ações devem ultrapassar a estrutura física do CAPS, articulando-se com outros setores, como educação, esporte, cultura e lazer. Esse movimento visa o resgate de relacionamentos antigos ou a criação de novos vínculos, muitas vezes fragilizados pelo adoecimento psíquico (Brasil, 2011).

O Projeto Terapêutico Singular surge como uma possibilidade de concretizar as mudanças práticas propostas pelas Políticas Nacionais de Saúde Mental, pautadas na Atenção Psicossocial. Apresenta-se como uma estratégia metodológica que organiza o cuidado de forma interdisciplinar e intersetorial (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022). Para compreender a sua contextualização histórica e evolutiva, é fundamental reconhecer as suas raízes tanto no campo da saúde mental quanto no da saúde coletiva (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Um grupo de autores que influenciou o desenvolvimento desse dispositivo foi Campos (2015) e os seus colaboradores, por meio do que nomeou como Método Paidéia, buscou ampliar a capacidade dos trabalhadores dos serviços de saúde, incentivando a formulação de propostas baseadas em uma lógica democrática, criativa e participativa. Valorizando a autonomia dos profissionais e possibilitando a construção de diferentes arranjos institucionais para viabilizar diversas ações em saúde. Paralelamente, Campos implementou rodas de cogestão nos serviços e nos movimentos sociais, promovendo a democratização dos saberes e fortalecendo a participação coletiva na tomada de decisões.

O Método Paidéia configura-se como uma abordagem antitaylorista, pois contraria a lógica gerencial hegemônica ao priorizar a subjetividade e singularidade dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Essa abordagem permite a análise coletiva, a reflexão crítica e a construção de novos significados e diretrizes para a atuação dos profissionais de saúde (Campos, 2015). Dessa forma, contribui para a implementação de uma gestão mais democrática e colaborativa, além de fomentar a criação de dispositivos de cuidado que respeitem a singularidade das pessoas usuárias.

Nesse contexto, surge o Projeto terapêutico individual (PTI), posteriormente substituído pelo termo Projeto Terapêutico Singular (PTS) com o objetivo de priorizar o caráter singular nas construções dos projetos de cuidado (Oliveira, G., 2007). O caráter singular deste termo se refere a centralidade do sujeito, das suas necessidades e do seu contexto social, visando o resgate da sua historicidade e vivências, com objetivo final de promover um cuidado significativo para aquele sujeito. Engloba a própria pessoa, sua rede social e familiar, em uma proposta interdisciplinar e compartilhada (Oliveira, G., 2007; Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Outros dispositivos apresentados junto ao PTS, pela Política Nacional de Humanização, incluem a Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Apoio Matricial que

viabilizam a sua efetividade e aumentam a eficácia das práticas clínicas. Esses dispositivos promovem a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, fortalecendo o protagonismo, os vínculos e a corresponsabilidade entre os envolvidos (Cunha, 2007; Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

O PTS é visto como um dos dispositivos fundamentais para superação do modelo manicomial, pois promove o diálogo entre todos os envolvidos no cotidiano das pessoas usuárias valorizando a sua singularidade inserida no território. Entretanto, as suas ações não devem se restringir a ações realizadas nos serviços de saúde mental, pois há o risco de reproduzir uma institucionalização inadequada, negligenciando a subjetividade da pessoa e retomando práticas manicomiais (Ferreira *et al.*, 2017).

A organização do PTS nos serviços traz para discussão o processo de trabalho dentro das equipes, bem como, a relação que se estabelece entre os profissionais e entre a equipe e as pessoas usuárias dos serviços. Este dispositivo contribui com o estabelecimento de práticas coerentes e colaborativas (Depole *et al.*, 2022). A construção do PTS exige a atuação de uma equipe interdisciplinar que compartilhe, articule e integre saberes com o objetivo de oferecer um cuidado abrangente e qualificado, considerando a singularidade e a trajetória de vida da pessoa usuária (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022; Depole *et al.*, 2022).

Para isso, torna-se essencial a reflexão contínua, a reavaliação das estratégias e a reorganização do projeto terapêutico, garantindo um cuidado singular, eficaz e centrado na pessoa usuária, envolvendo os profissionais responsáveis pelo cuidado, mas, prioritariamente, guiado pelas demandas e desejos do sujeito em cuidado (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022; Depole, *et al.* 2022).

A Terapia Ocupacional é uma das profissões integrantes desta equipe interdisciplinar, contribui de forma particular nos serviços de Saúde Mental. Seu arcabouço teórico, que tem como foco as atividades humanas e o cotidiano, possibilita a ressignificação das trocas sociais e afetivas cotidianas dos sujeitos (Morato; Lussi, 2018). Os terapeutas ocupacionais que se utilizam ou participam da construção do PTS são vistos como profissionais que colaboram, sobremaneira, com este processo, pois consideram as pessoas em sua singularidade, desenvolvendo ações potencialmente inclusivas na busca de direitos e promoção de autonomia (Depole, 2018).

A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) fundamenta-se no princípio do empoderamento coletivo, ao reconhecer e valorizar as opiniões, desejos, perspectivas e necessidades concretas de saúde dos sujeitos envolvidos na sua elaboração. Para que esse processo seja eficaz, torna-se necessária a adoção de um modelo de diálogo pautado em relações horizontais e democratizadas, no qual pessoas usuárias, familiares e profissionais de saúde compartilhem responsabilidades e decisões de maneira equitativa, promovendo uma construção participativa e colaborativa do cuidado (Depole *et al.*, 2022).

O PTS deve ser protagonizado pelas pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, uma vez que esse dispositivo pode ser compreendido como a materialização do seu projeto de vida (Depole *et al.*, 2022). Kinoshita (1997) elucida que o desenvolvimento do projeto de vida no campo da saúde mental está vinculado ao processo de desinstitucionalização e à afirmação da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, implicando a superação de sua redução à condição de doente e a construção de novas possibilidades de existência em um “corpo social”. Nesse sentido, o projeto de vida apresenta-se como um processo que envolve a reativação das subjetividades, a reconstrução de identidades e a criação de condições concretas para a vida cotidiana, articulando dimensões como moradia, trabalho e vínculos sociais na comunidade. Sua construção caracteriza-se, portanto, como um movimento prático e relacional, sustentado na ampliação das possibilidades de trocas sociais no território, visando a construção de novos modos de vida dignos e inclusivos socialmente.

Nicácio (2003) ressalta que os projetos de vida vinculam-se à constituição de sujeitos sociais inseridos em processos permanentes de conflito e negociação. Contextualiza que para construção de projetos de vida, não é necessária apenas a criação de serviços substitutivos, mas da constituição de espaços públicos de discussão, capazes de sustentar a progressiva formação das pessoas usuárias e profissionais com competência para atuar de modo autônomo e solidário. Assim, a noção de projeto de vida assume um caráter coletivo e político, diretamente relacionado à transformação das práticas institucionais e à democratização das relações no campo da saúde mental.

Nesse sentido, a autora descreve a produção de vida como um processo dinâmico e relacional que revoluciona o que se entendia como tratamento, articulando as dimensões sociais e políticas de existência:

Cuidar-se, comunicar-se, reativar as possibilidades de laços familiares e sociais, apropriar-se de recursos econômicos, ampliar as possibilidades de contratualidade, habitar, trabalhar, potencializar as redes de suporte, construir e exercer direitos, inventar contextos de trocas, combinam-se para compor itinerários que busquem a produção das bases efetivas de “existir no corpo social”, os “diferentes modos de andar a vida”, os processos de “produção de vida” e de “invenção de saúde” (Nicácio, 2003, p. 182, grifo do autor).

Os projetos de vida não podem ser compreendidos como planos lineares ou respostas prontas, fragmentadas e descontextualizadas. Pelo contrário, configuram-se como processos tecidos nas relações, nos quais a coprodução entre pessoas usuárias e familiares, e profissionais possibilita a invenção de percursos compartilhados. Essa dinâmica favorece a construção de projetos transformadores, capazes de ampliar as possibilidades reais de vida, valorizando a interação entre pessoas, recursos e contextos ao reconhecer o caráter singular e processual da experiência de cada sujeito (Nicácio, 2003).

Nesse horizonte, o PTS se constitui como o dispositivo que traduz em prática os princípios da produção de vida, uma vez que o PTS assume um caráter de contratualização da relação entre pessoas usuárias, familiares e profissionais de saúde, orientando as práticas do cuidado em direção ao bem viver e busca de felicidade por meio de ações concretas. Dessa forma, amplia-se o horizonte deste dispositivo e evidencia-se o potencial do PTS para redefinir e reorientar a atenção psicossocial (Kinoshita *et al.*, 2021).

Porém, a construção de um PTS que assegure a integralidade do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico exige uma organização que transcenda a equipe de saúde, integrando uma rede intersetorial de dispositivos e serviços. Esse processo deve envolver, de maneira contínua e sistemática, não apenas os profissionais de diferentes áreas, mas também as pessoas usuárias e os seus familiares, garantindo a sua participação ativa em todas as etapas da formulação, implementação e avaliação do projeto terapêutico (Taño; Matsukura, 2019).

Entretanto, há limitações e dificuldades na elaboração e implementação do PTS. Os serviços de saúde mental muitas vezes não estão plenamente preparados para incorporar esse dispositivo, seja pela falta de disponibilidade dos profissionais, organização inadequada dos serviços, ineficácia na execução das ações ou desconhecimento sobre o instrumento e a sua finalidade. Além disso, dificuldades

práticas impedem a inclusão de todas as categorias profissionais nessa construção (Depole, 2018; Silva, N. *et al.*, 2020).

Outros desafios identificados incluem a ausência de espaços dedicados à discussão do PTS com familiares e pessoas usuárias, apesar da importância fundamental desses atores no processo de cuidado. Além disso, a equipe muitas vezes enfrenta dificuldades para compreender e acolher as necessidades das pessoas usuárias, o que impacta diretamente a construção do projeto (Constantinidis, 2017; Vasconcelos, 2021). Também se observa a falta de continuidade na execução do PTS, somada a problemas na organização e comunicação das equipes, comprometendo a sua efetividade. Ademais, o PTS é frequentemente interpretado apenas como um instrumento administrativo, reduzindo o seu potencial como ferramenta de planejamento e cuidado integral (Depole, 2018; Silva, N. *et al.*, 2020).

A participação das pessoas familiares no cuidado ofertado à pessoa usuária nos serviços de saúde mental é essencial, pois auxiliam em diversas atividades cotidianas, contudo, o cuidado da pessoa usuária pode gerar sobrecarga decorrente do acúmulo das funções e responsabilidades, sinalizando que os equipamentos de saúde mental necessitam compreender as dinâmicas e as demandas de cada familiar e cuidador e compreendê-lo, quando necessário, como um sujeito em cuidado (Bustamante; Onocko-Campos, 2020).

Estudos evidenciam uma disparidade entre como os profissionais de saúde mental concebem as possibilidades de participação das pessoas familiares no cuidado e as demandas efetivamente expressas por esses familiares. Tal descompasso contribui para a limitação da sua inserção em processos terapêuticos e decisórios, impactando inclusive na sua participação efetiva. Neste sentido, a sobrecarga das pessoas familiares no cotidiano com a pessoa em sofrimento psíquico, normatizada pelos profissionais, precisa ser levada em consideração (Constantinidis; Andrade, 2015; Bustamante; Onocko-Campos, 2020).

A literatura evidencia a importância da valorização das famílias no desenvolvimento de projetos no campo da Saúde Mental. No entanto, estudos sobre a implementação do PTS nos CAPS indicam uma escassez de discussão que considera o protagonismo tanto das pessoas usuárias quanto dos seus familiares na construção desse dispositivo. Essa lacuna compromete as diretrizes de práticas que envolvem a negociação

entre os atores envolvidos, limitando as suas participações efetivas e, conseqüentemente, restringindo o exercício pleno da cidadania (Vasconcelos *et al.*, 2016, 2021; Ziwchak; Aristides, 2019; Bustamante; Onocko-Campos, 2020).

Nesse contexto, a pesquisa intitulada *Projeto Terapêutico Singular em Saúde Mental: Contribuições da Terapia Ocupacional*, analisou os desafios na construção e implementação do PTS sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais que atuam em CAPS. Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo, que contou com a participação de 21 terapeutas ocupacionais de cinco municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VII, na região de Campinas, São Paulo. Os resultados da pesquisa indicaram uma participação limitada das pessoas familiares na formulação do PTS, além da necessidade de ampliação da autonomia das pessoas usuárias nesse processo, valorizando a sua singularidade, contexto e história de vida (Colato, 2022).

Outro estudo, que analisou a perspectiva das pessoas usuárias sobre a construção e resolutividade do PTS, apontou uma discrepância entre o discurso dos profissionais, que enfatizam a importância dos sujeitos como protagonistas, e a realidade observada, na qual as pessoas usuárias têm pouca participação nas decisões relativas ao seu PTS (Tavares; Willrich; Portela, 2021).

O PTS se apresenta como um dispositivo potencial para viabilizar a convergência de diferentes perspectivas e articular a singularidade das pessoas, contemplando os seus desejos, histórias de vida e a contribuição dos seus familiares. No entanto, a sua efetiva operacionalização requer uma articulação eficiente entre profissionais, usuários e familiares, promovendo um processo de construção compartilhado e negociado (Constantinidis; Andrade, 2015; Vasconcelos, 2021).

Diante do exposto, justificam-se estudos que aprofundem a análise das perspectivas e da participação das pessoas usuárias e familiares na construção e condução do PTS no cotidiano dos CAPS.

2. SAÚDE COLETIVA, SAÚDE MENTAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: APORTES PARA O PTS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) emerge de diversas fontes e experiências, configurando-se como um dispositivo dinâmico, em constante construção e reformulação. Para compreendê-lo em profundidade, é fundamental identificar os campos teóricos e os conceitos centrais que o estruturam. A Saúde Coletiva e a Saúde Mental são referenciais primordiais para o entendimento das práticas de cuidado que embasam o PTS, sendo essenciais à sua fundamentação teórica e operacional.

Contudo, não se pode restringir sua origem a um único campo de conhecimento. Embora a Saúde Coletiva exerça influência significativa, a consolidação do PTS ocorreu principalmente no âmbito da Saúde Mental, no qual ele assumiu formas concretas por meio da sua aplicação sistemática nos serviços. Isso deu-se, especialmente, num momento de intensa produção de conhecimento na Saúde Coletiva e de expansão da Atenção Psicossocial, contexto em que o PTS surge como dispositivo para operacionalizar novas propostas de cuidado (Cunha, 2004; Oliveira, G., 2007; Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022; Depole *et al.*, 2022).

Este capítulo tem como objetivo explorar as interfaces entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Participação Social, investigando como essas dimensões contribuíram para a formação e consolidação do PTS como um dispositivo de cuidado, alicerçando-se em referenciais teóricos e nas políticas públicas brasileiras.

A Constituição de 1988 representa o resultado de múltiplas forças sociais e políticas, consagra o princípio do direito dos cidadãos à saúde, à educação, ao trabalho, à terra, à habitação e ao salário-mínimo como deveres do Estado, a serem efetivados por meio de políticas públicas. Nesse contexto, a participação social é instaurada por meio de instrumentos como eleições, plebiscitos, orçamentos participativos e iniciativas populares desenvolvidas em diversas áreas, incluindo a saúde, impulsionando movimentos como a Reforma Sanitária e culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90. Garantindo o direito à saúde para toda a população e o dever do estado, a sua regulamentação aconteceu por meio da Lei n.º 8.080/1990 - Lei Orgânica da Saúde e da Lei n.º 8.142/1990 que complementa a anterior, definindo a participação da comunidade

no sistema. Sua estruturação fundamenta-se em três princípios doutrinários essenciais: universalidade, integralidade e equidade (Giovanella *et al.*, 2012; Escorel; Moreira, 2012).

O princípio da universalidade estabelece que todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso integral aos serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação. A integralidade refere-se à oferta de ações e serviços que atendem de maneira abrangente às necessidades de saúde da população, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, e englobando a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Já a equidade busca reduzir desigualdades no acesso aos serviços de saúde, garantindo que indivíduos em condições vulneráveis recebam atenção diferenciada e proporcional às suas necessidades, de modo a promover a justiça social (Giovanella *et al.* 2012; Escorel; Moreira, 2012).

Neste contexto de criação e implementação do SUS, a Saúde Coletiva no Brasil se fortalece como um campo de conhecimento e prática que transcende a abordagem biomédica, incorporando os determinantes sociais, históricos e políticos na concepção e promoção da saúde das populações. O seu desenvolvimento está intrinsecamente relacionado à necessidade de enfrentar os desafios sanitários e epidemiológicos do país, o que impulsionou a transição de um modelo higienista para uma abordagem mais abrangente, capaz de analisar os problemas de saúde pública sob uma ótica que considere também os fatores sociais e políticos. Nesse processo, a Saúde Coletiva consolida-se como campo interdisciplinar, articulando saberes da epidemiologia, das ciências sociais e do planejamento em saúde (Campos, 2000, 2015).

A implementação do SUS provocou transformações significativas nos saberes e nas práticas em saúde, ao incorporar uma perspectiva crítica que reivindica a integralidade do cuidado e a valorização de múltiplos saberes. Essas transformações desencadearam formulações conceituais profundas, que continuam a repercutir nas ações e serviços oferecidos. Um marco importante desse processo é a transição da concepção de assistência médica, centrada no modelo biomédico, para a atenção à saúde, que pressupõe uma abordagem ampliada, interdisciplinar e centrada nas necessidades dos sujeitos (Campos, 2000; Escorel; Moreira, 2012; Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

Antes o termo assistência médica era amplamente utilizado, mas a partir da década de 1990 consolidou-se a compreensão de que assistir alguém refere somente ao ato de

prestação de ajuda, o que se mostrou insuficiente para a proposta do SUS. Dessa forma, o conceito de atender passou a ser considerado mais adequado, envolvendo uma abordagem mais complexa, voltada para a escuta e a resposta às demandas em saúde, que passaram a ser reconhecidas como direitos no país (Campos, 2000; Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

E para efetivar a almejada atenção à saúde os profissionais precisam acessar e ofertar o cuidado, conceito que se consolidou na Política Nacional de Humanização, especialmente a partir de 2003. Embora esse conceito já estivesse presente anteriormente, ainda que de forma indireta, nas propostas e práticas nos serviços de saúde (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

O cuidado contemplado nos dispositivos como os abordados nesta pesquisa é constituído nos encontros cotidianos entre as pessoas. No entanto, é importante destacar que nem todo encontro configura, por si só, uma prática promotora de saúde. O cuidado torna-se, de fato, terapêutico apenas quando o encontro se transforma em um espaço intercessor — isto é, quando há uma troca mútua de afetos entre os sujeitos implicados, capaz de ampliar as suas potências de vida e favorecer a emergência de novas possibilidades de existência (Slomp Júnior; Feuerwerker; Merhy, 2014; Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

A prática de cuidado idealizada anteriormente não dependerá somente da implicação do profissional em ofertar ou não determinado cuidado, mas também das atividades desenvolvidas pela equipe e das condições estruturais dos serviços que o sujeito está inserido no sistema de saúde e como estas duas dimensões interagem, ou seja, as práticas de cuidado estarão condicionadas às condições de atenção à saúde e a abertura dos profissionais envolvidos para a adaptabilidade, os imprevistos e incertezas que podem surgir (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

A adaptabilidade das práticas de cuidado, bem como a existência de espaços institucionais que favorecem a reflexão e o debate sobre as ações desenvolvidas, constituem elementos fundamentais para a efetivação do PTS. Para que a sua implementação seja viável, é necessária uma organização do trabalho baseada em princípios horizontais e democráticos, que valorizem os diferentes núcleos de saberes profissionais, evitando hierarquizações e promovendo arranjos institucionais nos serviços de saúde e em outros dispositivos comunitários. Tais condições possibilitam a

concretização de práticas de cuidado e promoção da saúde ancoradas na corresponsabilidade (Campos, 2000, 2015). Depole e colaboradores (2022) ressaltam que essa nova lógica de organização do trabalho em saúde pressupõe a criação de espaços de liberdade articulados à formação técnica dos profissionais, conferindo-lhes recursos e autonomia para proporcionar e conduzir projetos de mudança.

O método Paidéia, desenvolvido por Campos (2015) e colaboradores, ofereceu os fundamentos para essa reorganização do trabalho em saúde e sustentou conceitualmente o desenvolvimento do PTS, inicialmente denominado PTI. Esse referencial metodológico segue sendo amplamente utilizado nos serviços do SUS, pois articula teoria e prática, e fortalece ações coletivas e compartilhadas de cuidado (Depole *et al.*, 2022).

A substituição da denominação PTI por PTS não se deu apenas como uma mudança terminológica, mas como uma reformulação conceitual impulsionada, sobretudo, pelas práticas aplicadas na Atenção Primária à Saúde. Essa transição foi fundamentada na necessidade de ampliar o escopo de aplicação do projeto terapêutico, tornando-o aplicável não apenas a indivíduos isolados, mas também a coletivos e grupos territoriais marcados por vulnerabilidades ou problemas comuns. Ainda assim, a noção de singularidade preserva a valorização da diferença, confirmando que o cuidado não pode ser normatizado ou reproduzido de maneira padronizada, justamente pelas novas compreensões sobre os processos de adoecimento e produção de saúde (Oliveira, G., 2007; Depole *et al.*, 2022; Colato, 2022).

Mais do que uma escolha lexical, a inclusão do termo singular revela-se politicamente relevante e conceitualmente potente, pois sinaliza uma ampliação da capacidade de cuidado, pautada na atenção da singularidade dos sujeitos, um princípio central à micropolítica do cuidado. Considerar o sujeito na sua singularidade significa considerar que o cuidado se constrói no encontro entre sujeitos, no qual eles afetam e são afetados pelos outros, em processos dinâmicos e relacionais, e não apenas pela aplicação de protocolos ou normas (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022; Merhy *et al.*, 2023).

Nesse sentido, é importante distinguir, ainda que brevemente, as dimensões macro e micropolítica do cuidado. A macropolítica refere-se ao conjunto de dispositivos estruturais e normativos que organizam o sistema de saúde: legislações, diretrizes clínicas, protocolos assistenciais, condições de trabalho e os determinantes sociais da saúde. Já a micropolítica está relacionada aos processos cotidianos do cuidado, às

subjetividades em jogo, às relações entre profissionais e pessoas usuárias, e à dinâmica dos territórios. Essas duas dimensões não são excludentes; ao contrário, coexistem e entrelaçam-se. Consideramos que a forma integrada fortalece o compromisso com a singularidade inserida no coletivo, aspecto fundamental para a construção efetiva do PTS (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022, Merhy *et al.*, 2023).

Ao considerar a singularidade no cuidado, é fundamental analisar o impacto específico que as relações produzem em cada indivíduo. Dessa forma, torna-se essencial compreender a história de vida dos sujeitos, não apenas em termos cronológicos ou dos acontecimentos que atravessaram a sua trajetória, mas, sobretudo, relativamente aos efeitos e repercussões que essas experiências impactaram na sua singularidade (Depole *et al.*, 2022; Slomp Júnior, Franco; Merhy, 2022).

Nessa perspectiva, a construção de um projeto terapêutico não se limita a traçar os objetivos a serem realizados, mas deve, acima de tudo, contemplar as nuances e delicadezas permitidas em determinadas situações, ou habilidades necessárias para cada passo dado conforme a história de vida do sujeito, para assim elaborar um projeto ético-estético-político característico por sua constante adequação e orientado tanto pela busca de resultados quanto pelo seu compromisso com a singularidade, ética e a complexidade do cuidado (Slomp Junior; Feuerwerker, Merhy, 2015; Depole *et al.* 2022; Slomp Júnior, Franco; Merhy, 2022; Sousa *et al.* 2023). O PTS se consolida então, definido como:

[...] um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e praticado em conjunto com o usuário e familiares. É um dispositivo de coprodução e de cogestão do processo terapêutico amplamente incorporado pelos serviços de saúde no Brasil (Brasil, 2008).

Importante apontar que outros dispositivos contemporâneos a criação do PTS, aos quais ele está associado, foram apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH) e contribuíram significativamente para sua consolidação, entre eles: Clínica Ampliada, Equipe de Referência e o Apoio Matricial (Brasil, 2008; Depole, *et al.*, 2022).

A Clínica Ampliada foi apresentada inicialmente em 2004, nas primeiras edições das cartilhas desenvolvidas para as PNH, com objetivo de promover um cuidado que contemple a integralidade e complexidade do sujeito, superando o reducionismo diagnóstico ao considerar as particularidades e singularidades das pessoas. Reforçava que

para a efetivação deste modelo de atenção o compartilhamento de saberes e a promoção de relações horizontais entre os profissionais de saúde tornam-se práticas essenciais. Esta clínica propõe uma reflexão contínua dos valores dos profissionais da saúde, dos valores em jogo na sociedade e tem um compromisso ético de considerar e demonstrar as influências externas que compõem o adoecimento, compreendido como um dos componentes da vida das pessoas. Este dispositivo já indicava a elaboração do PTS na atuação individual e para trocas compartilhadas entre a equipe (Brasil, 2004a; Cunha, 2004, 2007; Colato, 2022).

A equipe de referência surge valorizando o vínculo entre profissionais e pessoa usuária como um meio fundamental para alcançar os objetivos das propostas de cuidado. Esse vínculo promove a responsabilização da equipe e fortalece a autonomia na gestão do cuidado para um grupo específico de pessoas usuárias. No entanto, não se trata de depender exclusivamente da equipe a responsabilidade pelo cuidado desse subgrupo, mas sim de favorecer uma maior proximidade e continuidade no acompanhamento em saúde. Dessa forma, a equipe deve compreender as propostas e as suas implicações nos projetos terapêuticos singulares das pessoas que acessam o serviço, além de desenvolver um trabalho transdisciplinar. Isso permite que as decisões e a gestão do cuidado sejam, de fato, compartilhadas, garantindo maior efetividade no processo (Cunha, 2007; Colato, 2022).

O Apoio Matricial, por sua vez, constitui um processo coletivo de aprendizagem que integra múltiplas equipes em uma proposta de trabalho colaborativo. Essa abordagem visa ampliar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, beneficiando tanto as pessoas usuárias quanto os profissionais. Por meio da troca de conhecimentos e da construção conjunta de estratégias, o Apoio Matricial qualifica os profissionais para a resolução de casos menos complexos, ao mesmo tempo, em que viabiliza intervenções mais efetivas em situações desafiadoras e de maior complexidade (Cunha, 2007; Colato, 2022).

Estes dispositivos surgem como disparadores de processos e mudanças nas práticas e nos serviços de saúde, considerando as diferentes pessoas envolvidas na promoção de saúde, as múltiplas vulnerabilidades que influenciam as suas relações e trajetórias no seu contexto de vida. Assim, adotar tais dispositivos foi estratégia fundamental de gestão e atenção ao processo de humanização da saúde (Oliveira, G., 2007, Colato, 2022), buscando não apenas ampliar a resolutividade dos serviços, mas

também fortalecer a participação social dos diferentes atores envolvidos no processo de cuidado.

Embora a PNH tenha promovido ampla difusão e capilarização dos seus dispositivos na rede de atenção à saúde, o arranjo institucional que lhes assegurava transversalidade e sustentação política sofreu discontinuidades relevantes no plano federal, com repercussões diretas sobre a gestão e a formação nos serviços. Nesse sentido, é necessário demarcar politicamente o processo de esvaziamento e dissolução institucional da PNH, que se deu de forma gradual por meio de discontinuidades administrativas e desinvestimento (Pasche; Righi, 2017; Colato, 2022; Quevedo; Oliveira, S., 2024). Ainda assim, os seus dispositivos permaneceram em circulação nos serviços e territórios, sustentados pela disseminação formativa e político-pedagógica intensificada a partir de 2006, quando se consolidaram grupos de trabalho e núcleos técnicos em estados e municípios (Pasche; Righi, 2017).

Conforme analisam Pasche e Righi (2017), a inscrição formal da PNH no organograma do Ministério da Saúde ocorreu tardiamente, apenas em 2013, com a criação da Coordenação Geral, estratégia que buscou preservar o seu caráter transversal e mobilizador. Contudo, em menos de um ano, a política foi rebaixada a uma ação instrumental vinculada ao Apoio Institucional Integrado, o que diluiu a sua potência estruturante e intensificou a perda de indução política das práticas de humanização. Esse processo de fragilização se expressa também no plano simbólico institucional, observável na própria comunicação oficial, página eletrônica do Ministério da Saúde, em que a PNH deixa de figurar como política nacional e passa a ser apresentada como ação vinculada ao programa HumanizaSUS (Brasil, 2024).

Esse cenário evidencia a assimetria entre a permanência micropolítica de práticas e dispositivos no cotidiano dos serviços e a descontinuidade macropolítica da diretriz, com efeitos sobre a sustentação do cuidado e a consolidação de tecnologias relacionais no campo da saúde mental e coletiva. Apesar do enfraquecimento das instâncias federais de gestão da PNH, dispositivos por ela impulsionados, como o PTS, seguem operando no cotidiano dos serviços. Sustentados pela força micropolítica dos trabalhadores, pelas redes de formação previamente constituídas e pela incorporação dos princípios da humanização nas práticas de cuidado (Pasche; Righi, 2017).

Nesse contexto de permanências e reinvenções do cuidado, aprimorar a efetividade do PTS requer primeiramente reconhecer que os profissionais de saúde que o compõem são sujeitos singulares que possuem valores e saberes que coabitam a sua prática de trabalho. E para atuarem dispõem de recursos que eles consideram resolutivos para solução das problemáticas cotidianas, assim contam com estratégias e ferramentas que potencializam a capacidade de prestarem cuidado e atenção à saúde compondo o que seria a caixa de ferramentas (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

O PTS, inclusive, pode ser compreendido como uma caixa de ferramentas se for considerado o uso de diferentes saberes, tecnologias e abordagens na construção do cuidado e na reorganização dos processos de trabalho em saúde, indispensável aos profissionais que atuam sob a perspectiva da clínica ampliada visando superar a lógica da racionalidade moderna ocidental, que tradicionalmente separa teoria e prática em esferas distintas e revela-se insuficiente para garantir a integralidade do cuidado ao indivíduo (Merhy, 2016; Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

Segundo os autores Slomp Júnior, Franco e Merhy (2022), a concepção de caixa de ferramentas foi inicialmente proposta pelos filósofos Foucault e Deleuze, segundo a qual as teorias são compreendidas como um conjunto articulado de conceitos que funcionam como instrumentos para enfrentar problemas específicos. Essa perspectiva implica que as teorias não antecedem os problemas, mas emergem a partir deles, sendo utilizadas para interpretar e transformar a realidade. Caso nenhuma teoria existente abarque determinada questão, isso representa uma oportunidade para a criação de novos referenciais teóricos.

No campo da saúde, Merhy (2014) amplia e ressignifica essa noção ao incorporá-la ao referencial da micropolítica do trabalho e do cuidado. Nesse contexto, os componentes das caixas de ferramentas não se restringem às teorias que organizam o pensamento, mas incluem também tecnologias que viabilizam a ação em saúde. Essas tecnologias são divididas em três categorias: tecnologias duras, que envolvem equipamentos e estruturas físicas; tecnologias leves duras, que exigem protocolos e saberes estruturados; e tecnologias leves, relacionadas à comunicação, ao vínculo interpessoal e à produção de cuidado.

Assim, uma caixa de ferramentas no campo da saúde representa um repertório tecnológico em constante construção, composto por teorias, estratégias, dispositivos e

práticas que são mobilizados conforme as necessidades do cuidado. Os profissionais de saúde, ao longo da sua trajetória, ampliam continuamente esse repertório tecnológico, o que possibilita a elaboração de um PTS flexível e adaptado às singularidades dos sujeitos atendidos, garantindo um cuidado mais eficaz e centrado na pessoa usuária (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022).

Do ponto de vista operacional, a construção e a implementação do PTS podem seguir diferentes abordagens metodológicas. Cunha (2004) propõe a sua estruturação com base em cinco itens fundamentais, enquanto Oliveira, G. (2007) apresenta um roteiro composto por dez etapas a serem seguidas. Embora organizadas de formas distintas, ambas as propostas convergem nos seus princípios e podem ser sintetizadas em três momentos fundamentais, conforme sistematizado por Slomp Júnior; Franco; Merhy (2022): (1) conhecimento do caso e aproximação das suas singularidades, (2) construção do plano de cuidados e (3) reavaliação do caso e do plano de cuidados. Essa divisão permite uma compreensão processual do PTS, garantindo que a sua aplicação seja dinâmica, contínua e adaptável às necessidades do sujeito em cuidado.

No primeiro momento, realiza-se uma avaliação biopsicossocial com o objetivo de compreender e comprometer-se com a realidade vivenciada pelo sujeito. Um aspecto central dessa etapa é a pactuação coletiva dos problemas a serem envolvidos, considerando que cada profissional pode ter uma percepção distinta, influenciada por sua área de atuação. Após essa definição, estabelecem-se as prioridades a serem trabalhadas no momento. Na segunda etapa, procede-se à definição de metas, que devem ser construídas de forma conjunta com a pessoa usuária, determinando o tempo necessário para sua concretização (Cunha, 2004; Oliveira, G., 2007; 2008; Depole *et al.* 2022).

O terceiro momento refere-se à divisão de responsabilidades entre os profissionais envolvidos e os sujeitos do cuidado. Nessa fase, o coordenador do processo, geralmente o profissional de referência, assume um papel central na condução das ações. Esse momento envolve a negociação das propostas, considerando as especificidades e singularidades do sujeito em questão. Por fim, esta etapa consiste na reavaliação do processo, refletindo sobre o desenvolvimento do trabalho, as mudanças ocorridas e a necessidade de ajustes ou novas propostas de intervenção (Cunha, 2004, 2007; Oliveira, G., 2007; Depole *et al.* 2022).

Os autores Slomp Junior, Franco e Merhy (2022), apresentam um roteiro no qual excluem o que seria a terceira etapa descrita anteriormente, justamente por entendê-la como uma das ações mais importantes que devem estar inerente a todo o processo, através de uma análise contínua do processo de elaboração e dos próprios integrantes do PTS. Ainda reforçam que mesmo diante desta perspectiva indicada por eles, estas etapas podem ser alteradas e sobrepostas ou priorizadas conforme as particularidades de cada caso. O roteiro proposto e a breve descrição das suas etapas seguem detalhados a seguir:

1. Identificação e descrição sumária do caso clínico: contempla dados pessoais e demográficos, relações atuais entre o sujeito e os serviços de saúde, informações sobre os territórios de origem e onde vive atualmente, além de condições de vida e trabalho.
2. Lista dos problemas de saúde: Identificação dos problemas não apenas clínicos, mas de ordem social, moral, relacional, ou mental, envolve aspectos da experiência da pessoa e os seus modos de vida, inclusive os determinantes de saúde.
3. Analisando o contexto das redes de familiaridade: propõe reconhecer como se estabelecem as relações familiares com utilização de ferramentas para abordagem familiar (Exemplo: Ecomapa).
4. Reconstruindo histórias de vida: Conhecer as histórias de vida e acontecimentos da pessoa usuária, ou se necessário de outra pessoa envolvida no PTS, para compreender as suas perspectivas.
5. Analisar os atravessamentos de adoecimento e morte: considerando os determinantes de saúde e fatores de risco na composição das singularidades.
6. Analisar agenciamentos de vida e saúde: dimensões da vida do sujeito que possibilitam a sua subjetividade no território.
7. Construindo um plano de cuidados: Reconhecendo os aspectos anteriores, planejar coletivamente ações para o PTS.

Esta sistematização do PTS se torna possível pela contribuição dos diferentes núcleos profissionais³ articulando os seus saberes específicos em resposta às necessidades do campo e da pessoa usuária (Campos, 2000, 2015), em um esforço técnico político contínuo para articular as dimensões micro e macropolíticas do cuidado para suprir as necessidades das pessoas usuárias (Merhy, 2014; Depole *et al.*, 2022).

Os roteiros e as etapas de construção de PTS podem parecer rígidos ou limitados, visto que, na prática, o projeto terapêutico se desenvolve de maneira simultânea à própria execução do cuidado. Contudo, nenhuma etapa se encerra enquanto o PTS estiver em curso, a reavaliação deve ser concomitante desde o início, à medida que o caso é revisitado com um olhar atento aos diferentes aspectos em cada momento. Assim, a sistematização desse processo é válida, contribui para a organização do pensamento e da ação, tornando-se uma ferramenta flexível e adaptável às necessidades do cuidado (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Uma das etapas descritas, a terceira, reforça a importância de um dos integrantes fundamentais do PTS: a rede de familiaridades, ou as famílias conforme nomeadas nos roteiros anteriores de Oliveira, G. (2007) e Cunha (2004), ainda que aparentemente ausente, desempenham um papel central na socialização e na construção subjetiva dos indivíduos. Isto porque é na rede de familiaridades que ocorre uma primeira experiência de trocas afetivas e socialização, moldando valores, significados e modos de agir diante da vida, além disso esta rede é constantemente acionada pelos serviços de saúde para colaborar com ações e atividades cotidianas junto ou para o sujeito em cuidado (Bustamante; Onocko-Campos, 2020; Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

No entanto, a rede de familiaridades não deve ser vista de maneira homogênea ou estereotipada. Em vez disso, deve ser compreendida como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais, constituído por pessoas que agrupam relações de cuidado, proteção, alimentação e convivência, independentemente de laços

³ Para melhor compreensão sobre o que entendemos por núcleo e campo, citaremos Campos (2000, p.220): “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas [...] indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo”.

consanguíneos. Essas relações são influenciadas por valores socioculturais e econômicos do contexto em que estão inseridas (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Dessa forma, a noção de rede de familiaridade apresenta-se como uma categoria ampla e flexível para abordar os vínculos estabelecidos pelas pessoas usuárias no decorrer das suas vidas. Esse núcleo pode ser tanto um fator de adoecimento quanto um elemento essencial no processo de cuidado em saúde. Reconhecer essa complexidade é fundamental para o desenvolvimento de um PTS contextualizado, exigindo dos profissionais uma escuta comprometida, livre de preconceitos e julgamentos. Somente assim é possível estabelecer um encontro intercessor genuíno, respeitando os modos de vida e os tempos singulares de cada núcleo familiar no contexto do cuidado (Slomp Junior; Franco; Merhy, 2022).

Contudo, como apontado por Cunha (2004) e Oliveira, G. (2008), o processo de construção do dispositivo PTS foi fortemente influenciado pelas experiências desenvolvidas no campo da saúde mental. No final da década de 1990, no contexto do movimento sanitário e da continuidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidaram-se as Políticas Públicas de Saúde Mental. Um marco fundamental desse processo foi a promulgação da Lei n.º 10.216, de 2001, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (Brasil, 2001, p.6).

A conformação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, bem como a elaboração das políticas públicas que o estruturam, foi precedida e fortemente influenciada por experiências internacionais, notadamente o processo de desinstitucionalização desenvolvido na Itália sob a liderança de Franco Basaglia. Essas referências externas exerceram papel fundamental na constituição teórico-metodológica do que posteriormente se consolidou como Atenção Psicossocial no contexto brasileiro (Nicácio; Campos, 2004; Yasui; Luzio; Amarante, 2018). A Atenção Psicossocial emergiu como um processo de reformulação da abordagem sobre a saúde mental, tendo como princípio fundamental a superação do modelo manicomial e a construção de dispositivos de cuidado mais humanizados, territorializados e voltados à promoção da autonomia dos sujeitos (Amarante, 2013; Yasui, 2010; Morato, 2019).

Nesse sentido, a Atenção Psicossocial buscava produzir novos conhecimentos e práticas, tanto na área da saúde quanto no âmbito social, promovendo uma nova

perspectiva sobre o sofrimento psíquico. Mais do que um referencial teórico, assume um caráter ético, estético e político, alterando a forma como a sociedade se relaciona com as questões da loucura e do sofrimento psíquico (Amarante, 2013; Yasui, 2010; Morato, 2019).

Nesse contexto, o conceito de PTS começa a ser delineado como resposta às novas exigências do cuidado em saúde mental resultante do movimento de Reforma Psiquiátrica e do desenvolvimento da Atenção Psicossocial. A primeira experiência nacional registrada de utilização de um PTS, na prática de saúde mental, ocorreu em Santos, em 1989, em um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). No âmbito desse serviço, que integrava as novas políticas de saúde mental, os profissionais de saúde identificaram a necessidade de criar dispositivos e arranjos institucionais que fossem coerentes com uma abordagem voltada à singularidade do sujeito, em contraposição ao modelo manicomial normativo (Oliveira, G., 2007, 2008).

A intervenção da Prefeitura de Santos–SP na Casa de Saúde Anchieta, desencadeou um movimento inédito de fechamento do manicômio e acompanhado da criação de serviços substitutivos, como o NAPS. Nesses serviços, o cuidado foi organizado em torno da construção de projetos terapêuticos. Esses projetos eram concebidos como processos ativos, problematizados e reconstruídos, que visavam não apenas o tratamento para a doença, mas a produção de vida, ou seja, a criação de novas possibilidades de existência, de exercício de direitos, de estabelecimento de relacionamentos familiares e comunitários e de ampliação da contratualidade social. Assim, a desinstitucionalização em Santos não se restringiu ao fechamento do hospital psiquiátrico, mas implicou a reinvenção de serviços e práticas orientadas à produção de autonomia e ao resgate da cidadania (Kinoshita, 1997).

Outras experiências locais foram desenvolvidas em cidades como São Paulo e Campinas, constituindo-se como referenciais decisivos para o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao promover a superação do modelo asilar e a invenção de práticas clínicas e sociais alinhadas à desinstitucionalização (Nicácio, 2003).

Na cidade de São Paulo, duas iniciativas foram decisivas nesse processo. A primeira refere-se à criação, em 1987, do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira, que se diferenciava dos ambulatórios tradicionais ao propor uma clínica centrada na pessoa. Posteriormente, a política municipal de saúde mental, implementada

a partir de 1989, organizou uma rede diversificada de serviços, como CAPS, hospitais-dia, centros de convivência e lares abrigados, todos orientados pela diretriz de substituição das internações psiquiátricas por práticas de cuidado territorializadas. Nesse contexto, a perspectiva da clínica ampliada ganha consistência, articulando estratégias terapêuticas culturais e territoriais, de modo a garantir não apenas cuidados em saúde, mas também a criação de espaços de trocas e encontros na comunidade, possibilitando inclusão social e novas formas de sociabilidade (Pitta, 2011).

A experiência de Campinas, por sua vez, destacou-se pela forte articulação entre universidade, serviços e políticas públicas. Caracterizou-se como um processo gradual e complexo de transformação do modelo assistencial, especialmente a partir do final da década de 1980, quando a gestão municipal passa a se alinhar aos princípios do SUS. Tal experiência envolveu, de um lado, a reorganização da rede básica como porta de entrada, com ampliação da capacidade resolutiva e construção de projetos terapêuticos e, de outro, a desconstrução do modelo manicomial de instituições como o Hospital Cândido Ferreira. O cuidado passa a ser organizado de forma dinâmica, centrado nas necessidades e demandas concretas dos sujeitos e compartilhado por equipes interdisciplinares. Esse arranjo, sustentado por estratégias de cogestão e participação coletiva, permitiu que os projetos terapêuticos deixassem de ser apenas instrumentos clínicos, passando a constituir-se como dispositivos organizadores do trabalho em saúde, integrando a perspectiva da clínica ampliada e ações de atenção psicossocial (Luzio; Abbate, 2006).

Assim, em diferentes intensidades e formatos, Santos, São Paulo e Campinas evidenciaram que a desinstitucionalização não pode ser compreendida como o simples fechamento de hospitais psiquiátricos. Ela envolve a invenção de novos modos de cuidado e de sociabilidade, tendo no desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares um de seus principais dispositivos. Esses projetos, ao articular clínica, cotidiano e cidadania, podem tornar-se práticas concretas de produção de vida, sustentando redes de atenção psicossocial abertas, democráticas e inclusivas, e reafirmando que a desinstitucionalização é, ao mesmo tempo, clínica, política, social e cultural (Nicácio, 2003).

A implementação das novas propostas de saúde mental exigiu que os profissionais de saúde considerassem o sujeito em cuidado como um ser em constante transformação, desenvolvendo, assim, práticas que incorporassem uma margem de manobra nos

processos de trabalho. Essa é uma das características fundamentais do PTS: a possibilidade de formulação de estratégias dinâmicas diante das incertezas, promovendo uma clínica ampliada e potencializando a singularização do cuidado (Cunha, 2004; Oliveira, G., 2008; Vasconcelos *et al.*, 2016).

Tanto a Atenção Psicossocial quanto a Saúde Coletiva deslocam o foco das intervenções da doença para o sujeito em sua integralidade, considerando seus desejos, experiências de vida, relações familiares, contexto social e de trabalho. Dessa forma, a lógica epistemológica anterior, pautada na exclusão e repressão, revela-se inadequada para orientar as novas formas de cuidado e acolhimento propostas pelos serviços de saúde mental. Isso ocorre porque essa perspectiva tradicional inviabiliza as trocas sociais essenciais para a concretização do novo modelo assistencial (Amarante, 2012; Yasui, 2010; Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

Essa formulação do PTS no campo da saúde mental brasileira seguiu respaldada em diferentes marcos normativos. O termo “projeto terapêutico” aparece inicialmente nas primeiras portarias que estruturaram os serviços substitutivos e regulamentaram os serviços psicossociais no país.

A Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, constituiu um dos primeiros referenciais normativos voltados à organização da assistência em saúde mental, definindo modalidades como os NAPS/CAPS, hospitais-dia, hospitais e ambulatórios especializados (BRASIL, 1992). Embora o termo “projeto terapêutico singular” ainda não estivesse presente, essa portaria inaugurou uma lógica de cuidado territorial, desenvolvida com equipe multiprofissional para a garantia da continuidade do tratamento em saúde mental, o que abriu caminho para a concepção posterior do PTS.

A Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002, ao estabelecer normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, determinou que o atendimento diário, com pelo menos um membro da equipe multiprofissional, fosse orientado por um “projeto terapêutico individual” (BRASIL, 2002). Essa portaria também previu a elaboração de projetos específicos para pessoas usuárias de longa permanência, reconhecendo a necessidade de abordagens personalizadas inclusive na rede de serviços extra-hospitalares.

Ainda, a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, além de redefinir e classificar os CAPS em diferentes modalidades (CAPS I, II, III, AD e i) enfatiza que a frequência das pessoas usuárias e as ações desenvolvidas deveriam ser fixadas conforme o projeto terapêutico. Em 2004, um documento ministerial amplamente utilizado nos serviços de saúde até hoje, intitulado “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (Brasil, 2004a), menciona o PTI como um conjunto de práticas que devem respeitar a individualidade da pessoa usuária no planejamento de atendimentos dentro e fora do serviço, de acordo com suas necessidades.

Com a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a RAPS, o Projeto Terapêutico Singular consolidou-se como um eixo central da política de saúde mental brasileira. A normativa destacou a importância do PTS na articulação entre os pontos de atenção da rede e na construção de práticas centradas na pessoa, considerando suas necessidades, desejos e contextos de vida. Nos dispositivos da RAPS, como os CAPS, o acolhimento e a condução do cuidado passaram a ser explicitamente definidos baseados no PTS elaborado pelas equipes interdisciplinares (Brasil, 2011).

Em 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 3 sistematizou as diversas normativas relativas às Redes do Sistema Único de Saúde, reafirmando o PTS como um dispositivo promotor de uma nova lógica de cuidado, com a responsabilização compartilhada entre os sujeitos e profissionais de diversos equipamentos da rede de saúde, não somente na RAPS (BRASIL, 2017a).

No mesmo ano, a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 promoveu alterações nessa consolidação, reiterando o modelo de atenção psicossocial e a importância do PTS na condução das práticas nos Serviços Residenciais Terapêuticos e em outros pontos da rede (BRASIL, 2017b). Contudo, apesar de aparentemente fortalecer o uso do PTS, essas duas controversas portarias compunham um conjunto de normativas, instituídas entre 2016 e 2019, com o objetivo de desmontar os avanços alcançados pela reforma psiquiátrica no Brasil (Cruz, Gonçalves; Delgado, 2020). Por essa razão foram revogadas pela Portaria GM/MS Nº 757, de 21 de junho de 2023.

O PTS atualmente é uma ferramenta amplamente explorada nos serviços de saúde do SUS, principalmente na saúde mental, tem sido utilizado como um roteiro cotidiano de trabalho nos CAPS, para estruturação e organização das práticas de cuidado (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022). Normalmente, o trabalho desenvolvido em um serviço da

Rede de Atenção Psicossocial, como o CAPS, é um terreno fértil para o PTS, pois possibilita que a singularidade realmente possa ser expressa, considerando além da cientificidade, psiquiátrica e moral. Aspectos como desejo, afeto e liberdade tornam-se centrais, permitindo a utilização de dispositivos de cuidado interdisciplinares de maneira criativa, evitando práticas que contemplem a reprodução de modos de vida, estimulando a criação de espaços e movimentos para a vida, onde a loucura possa ser aceita (Ferigato; Silva, M., 2016; Depole *et al.*, 2022).

Diante disso, é possível concluir que tanto a Saúde Coletiva quanto a Saúde Mental, abordada neste estudo na perspectiva da Atenção Psicossocial, contribuem significativamente com a constituição do dispositivo PTS. Porém, para que de fato ele se concretize nas práticas de cuidado é necessário que se contemple a participação social tanto na formulação das políticas públicas que o embasam e fortalecem, como nas práticas de cuidado com a inserção dos diferentes atores, como as pessoas usuárias e familiares dos serviços na sua construção cotidiana (Escorel; Moreira, 2012).

Nessa perspectiva, faz-se necessário aprofundar a reflexão sobre o conceito de participação social, uma vez que sua compreensão é fundamental para a análise das políticas públicas em saúde no Brasil e disseminação de dispositivos de cuidado democráticos, como o PTS.

A participação social deve ser analisada a partir dos contextos históricos e sociais em que os sujeitos estão inseridos, considerando que se trata de um processo que envolve tomada de decisões coletivas e que está ancorado em um conceito matricial, o de participação, que assume diferentes significados conforme o campo de atuação. Assim, a participação pode desencadear desdobramentos práticos e políticos, manifestando-se sob formas distintas, como a participação social, comunitária ou popular, conformações que ganharam maior visibilidade e complexidade nas últimas décadas no contexto brasileiro (Escorel; Moreira, 2012).

A participação pode ocorrer de forma individual ou coletiva e assumir diferentes motivações, como o pragmatismo, o altruísmo ou a solidariedade e pode ter objetivos mais ou menos definidos. É importante ressaltar que a não participação também pode ser entendida como uma forma de participação, quando resultado de uma decisão consciente do sujeito, baseada em sua compreensão sobre as possibilidades, os custos e os benefícios envolvidos no ato de participar. E os espaços participativos podem ser promovidos ou

oportunizados pelas instituições, que também podem incorporar espaços construídos coletivamente em outras instâncias e destes podem emergir instrumentos ou dispositivos institucionais que consolidem a participação social de forma contínua (Escorel; Moreira, 2012), como no PTS.

A participação social está interligada à democratização, compreende-se que, em um espaço democrático, os sujeitos possuem direitos e podem exigir que os governantes respondam às suas obrigações de forma legítima, sem criminalização de suas ações. Essa concepção amplia a noção liberal de participação, tradicionalmente associada à figura do trabalhador, ao considerar os indivíduos como sujeitos plenos de direitos políticos e sociais, desencadeia um exercício democrático no cotidiano, ao ampliar os espaços de convivência e debates políticos (Escorel; Moreira, 2012).

No campo da saúde, a participação social se configura como um dos princípios organizacionais fundamentais do SUS, ao lado da regionalização, da hierarquização e da descentralização do cuidado. A regionalização e a hierarquização dizem respeito à organização dos serviços de saúde em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), distribuídos de forma articulada e coordenada entre os entes federativos, municípios, estados e União. A descentralização, por sua vez, implica a transferência de responsabilidades e recursos entre os níveis de governo, com o objetivo de ampliar a autonomia local e promover maior eficiência na gestão dos serviços (Escorel; Moreira, 2012; Lobato; Giovanella, 2012). Neste arranjo, a participação social não apenas complementa, mas fortalece os demais princípios doutrinários do SUS, para garantir à sociedade civil o direito de intervir nos processos de formulação, deliberação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde.

A própria configuração participativa do SUS contribuiu para conferir um caráter inovador à política nacional de saúde mental no Brasil, em comparação a outras experiências internacionais, inovação reconhecida por organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Entre os fatores que ajudam a explicá-la está a atuação expressiva de movimentos sociais, como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, e o uso efetivo de canais institucionais de democratização. Progressivamente, essas inovações foram incorporadas pelo Estado por meio de normas técnicas e diretrizes, consolidando políticas voltadas à transformação do modelo de atenção em saúde mental. Logo, tal participação é institucionalizada,

sobretudo, por meio dos conselhos e conferências de saúde, que funcionam como mecanismos de expressão democrática dentro do sistema e de controle social (Noronha; Lima; Machado, 2012; Escorel; Moreira, 2012).

Entretanto, cabe questionar: que tipo de controle social é contemplado por uma sociedade democrática? Para responder a essa questão, é necessário retomar a Lei nº 8.142 de 1990, que regulamenta os mecanismos de participação social no âmbito do SUS. Essa legislação designa como obrigatórios, em todo o território nacional, os conselhos e as conferências de saúde, conferindo-lhes caráter deliberativo e permanente. Com sua promulgação, instituiu-se formalmente um sistema de controle social sobre as políticas públicas de saúde, o que visa garantir a corresponsabilidade da sociedade na gestão do SUS, conferindo legitimidade às decisões e fortalecendo os princípios democráticos que regem o sistema (Escorel; Moreira, 2012).

No processo de formalização da participação social no setor saúde no Brasil, ‘controle social’ passou a expressar a possibilidade de a sociedade controlar o Estado por meio de instâncias participativas. Em 1990, quando a organização jurídica do país incorpora os conselhos de Saúde na estrutura decisória do SUS. Controle social sofre uma nova inflexão, adquirindo também o caráter de fiscalização do manejo dos recursos públicos (Escorel e Moreira, 2012, p.871).

Importante destacar, contudo, que a participação social na saúde não se inicia com a criação do SUS, possui raízes mais profundas, especialmente no contexto latino-americano. Nas últimas cinco décadas, experiências de mobilização social e de luta por direitos coletivos foram sendo progressivamente incorporadas às agendas de saúde pública em diversos países da região. Foi, porém, a partir da década de 1990 que a participação social passou a assumir contornos mais estruturados e inclusivos, integrando uma multiplicidade de atores sociais e assumindo a universalização dos direitos como um princípio central, evidenciando neste processo grupos historicamente excluídos (Escorel; Moreira, 2012).

Compreender essa participação social no SUS exige reconhecer onde e como se decide cada aspecto das políticas públicas, quem participa dessas decisões e quais são os limites de atuação de gestores e da sociedade civil. No Brasil, a política de saúde é descentralizada e compartilhada entre União, estados e municípios, mas mantém unidade nacional, o que torna indispensável articular processos decisórios, implementação e

aplicação de recursos com a presença de múltiplas arenas de pactuação. Nesse arranjo, a participação e o controle social se institucionalizam principalmente nos conselhos de saúde, existentes em todas as esferas, com composição paritária entre Estado e sociedade civil, operando não apenas como instâncias externas de fiscalização, mas como componentes do próprio aparelho estatal, capazes de influenciar a seletividade das demandas e os rumos da política. As conferências de saúde, por sua vez, funcionam como espaços periódicos de debate público e construção de diretrizes, fortalecendo a sociedade organizada, ainda que sem caráter vinculante. Já as instâncias de negociação entre entes federativos, como consórcios, comissões intergestores bipartites e tripartite, organizam pactos de gestão no interior do sistema descentralizado, porém, sem participação decisória direta da sociedade civil, que se concentra nos conselhos e conferências (Fleury; Ouverney, 2012).

Apesar do avanço expressivo na criação e multiplicação dos conselhos e conferências de saúde, é necessário refletir criticamente sobre sua efetividade. O crescimento numérico das instâncias participativas não garante, por si só, o aprofundamento da participação social. Persistem desafios importantes relacionados à qualidade da participação, à representatividade dos segmentos sociais envolvidos e à capacidade real de incidência política nessas instâncias. Em muitos casos, a participação se configura mais como um espaço de interlocução e escuta do que como um mecanismo efetivo de deliberação e tomada de decisões. Além disso, as propostas oriundas desses espaços nem sempre se tornam propostas legislativas concretas, ou sequer chegam ao debate nos parlamentos (Escorel; Moreira, 2012; Silva, A.; Oliver, 2019).

Para exemplificar um processo exitoso de participação social na formulação de políticas públicas, é oportuno retomar a construção das Políticas Nacionais de Saúde Mental no Brasil, fortemente influenciada pelo Movimento da Luta Antimanicomial e pelos Encontros Nacionais de usuários e familiares de serviços. Um marco emblemático desse processo foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, que reuniu mais de 20 mil participantes, entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores do campo da saúde. A magnitude e a representatividade desse encontro conferiram-lhe um papel estratégico na consolidação da Reforma Psiquiátrica como política pública (Escorel; Moreira, 2012; Luzio; Yasui, 2010). Muitas das deliberações da II Conferência foram incorporadas em portarias ministeriais e culminaram na criação da Comissão

Nacional da Reforma Psiquiátrica, promovendo a institucionalização das demandas dos movimentos sociais e o redirecionamento das diretrizes do cuidado em saúde mental.

No mesmo caminho a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, consolidou um patamar ampliado de institucionalidade do campo e reafirmou, como demanda social, a atenção comunitária orientada pelo território. Esse processo criou condições para que a saúde mental de crianças e adolescentes, até então pouco visibilizada, passasse a integrar de modo mais explícito a agenda pública. A participação social foi decisiva, desde sua convocatória, reunindo além das pessoas usuárias e familiares representantes de diferentes setores públicos, como saúde, educação, assistência social e justiça, com a finalidade de formular diretrizes ético políticas que sustentassem uma rede de atenção psicossocial no SUS inclusiva e participativa. Em seguida, dois meses após a conferência surgem marcos regulatórios que embasam a criação de novos serviços e de novas instâncias coletivas e participativas para desenvolvimento da Saúde Mental das Crianças e Adolescentes (Couto; Delgado, 2015).

Entretanto, com o avanço institucional da reforma psiquiátrica, com parte das decisões tomadas no interior do aparelho estatal, a participação da sociedade civil ficou ameaçada pela ausência de regularidade na realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1987, 1992, 2001, 2010 e 2023, colocando em risco esse potente espaço de participação social e de controle democrático das políticas públicas (Luzio; Yasui, 2010; Amarante, 2013).

Nesse cenário, destaca-se a definição proposta por Silva, A. e Oliver (2019), formulada a partir de uma revisão crítica da literatura no campo da Terapia Ocupacional. Para as autoras, participação social é:

O envolvimento dos sujeitos em grupos sociais e/ou nos espaços públicos e comunitários, para transformar o cotidiano e as condições de vida marcadas pela adolescência, violência, sofrimento mental e/ou psíquico, injustiça social e ocupacional, desigualdade, preconceitos, exclusão e opressão (Silva, A.; Oliver, 2019, p.859).

Segundo as autoras suas pesquisas revelaram que o conceito ainda é heterogêneo e que expressões como participação sociocultural, comunitária e política são frequentemente utilizadas como sinônimos, sem os devidos esclarecimentos. A participação social, mantém-se permeada por perspectivas distintas que refletem os

objetivos das profissões, como da Terapia Ocupacional, comprometida com a transformação da realidade social.

Essas diferentes concepções são fundamentadas em referenciais teóricos nacionais e internacionais, oriundos de campos diversos como sociologia, saúde pública, psicologia, filosofia e comunicação. No campo da saúde, especialmente na saúde mental, a participação social é frequentemente articulada a emancipação, empoderamento e controle social, assumindo um papel estratégico na construção de práticas de cuidado, como um meio ou fim das ações, comprometidas com os direitos e a cidadania dos sujeitos (Silva, A.; Oliver, 2019, 2022).

O controle social, por sua vez, constitui uma dimensão estruturante no processo de democratização do cuidado em saúde mental. Segundo Silva, A. e Oliver (2019) refere-se à capacidade da sociedade civil incidir sobre o Estado na formulação e na avaliação das políticas públicas, de modo a assegurar que elas respondam às necessidades da população e garantam o acesso a direitos fundamentais. No Brasil, esse princípio consolidou-se como diretriz estruturante do SUS a partir da Constituição Federal de 1988 e foi regulamentada com a Lei nº 8.142 de 1990, que instituiu os conselhos e conferências de saúde como instâncias permanentes e deliberativas. Contudo, embora haja um arcabouço legal robusto, persiste uma significativa distância entre a previsão normativa e sua efetivação cotidiana, marcada pelo desconhecimento da população, pela assimetria nas relações de poder e pelo reduzido acesso dos diferentes sujeitos para exercerem de forma crítica e ativa o controle social (Ferro, 2016; Ferro; Santos, 2021).

No campo da saúde mental, tais fragilidades tendem a se intensificar diante da baixa participação das pessoas usuárias e familiares em espaços formais de deliberação, além de barreiras de acesso à informação, de organização coletiva e de reconhecimento desses sujeitos como atores legítimos nos processos decisórios. Esse cenário reforça a necessidade de ações formativas e dispositivos institucionais que promovam protagonismo de pessoas usuárias e familiares, aproximando-os dos processos de formulação e fiscalização das políticas que sustentam a Atenção Psicossocial (Ferro, 2016; Ferro; Santos, 2021; Vasconcelos, 2021). A análise de Côttes (2011) contribui para qualificar esse debate ao demonstrar que a institucionalização de instâncias deliberativas não elimina assimetrias nem garante centralidade decisória. A efetividade dos conselhos depende das disputas internas, das alianças entre atores estatais e societários e, ainda, do

modo como outras arenas podem deslocar a definição de agendas e decisões para fora desses fóruns (Côrtes, 2011).

Nessa direção, incorporar o controle social ao debate do PTS permite deslocar a análise de uma leitura normativa, centrada apenas na existência de conselhos e conferências, para uma compreensão relacional e situada da participação. Fortalecer o controle social implica reconhecer que a singularidade e a processualidade do cuidado, tal como preconizadas no PTS, requerem condições concretas para que as pessoas acessem informação, construam repertórios políticos formativos e sustentem participação qualificada para além da escuta, com possibilidade real de disputar agendas, acompanhar decisões e fiscalizar a implementação das políticas no território (Escorel; Moreira, 2012; Ferro, 2016; Silva, A.; Oliver, 2019; Vasconcelos, 2021). Nesses termos, o PTS pode operar como dispositivo micropolítico de democratização, articulado a estratégias coletivas e institucionais que conectem o cotidiano do CAPS às instâncias de deliberação e às redes da política pública, ampliando a legitimidade da voz do sujeito e sua presença ativa na defesa de direitos.

Considerando que o fortalecimento mais legítimo do controle social passa, inicialmente, pela ampliação da participação social (Silva A.; Oliver, 2019, 2022), as autoras indicam que esse processo requer a articulação de práticas coletivas capazes de sustentar cidadania e ampliar a incidência nos espaços decisórios. Nessa direção, apontam estratégias como a organização de grupos de reflexão sobre cidadania e adoecimento, a oferta de informações e orientações sobre políticas públicas, equipamentos sociais, acesso a direitos e espaços de debate, como fóruns, assembleias e conselhos gestores, além do desenvolvimento de atividades coletivas voltadas à convivência e à interação comunitária. Enfatizam a criação de espaços de expressão, como rodas de conversa, oficinas artísticas e atividades culturais, bem como o estímulo ao protagonismo individual e coletivo e ao fortalecimento de redes de apoio e cuidado. Para aproximar participação e controle social, propõem ainda a realização de encontros entre pessoas em cuidado, familiares e instâncias públicas, com construção coletiva de projetos e ações voltados à reivindicação de direitos e ao engajamento em conselhos, conferências e movimentos sociais. Por fim, reconhecem limites concretos, como a precariedade de políticas públicas e o insuficiente acesso a direitos básicos, o que reforça a importância de sustentar ações coletivas possíveis no cotidiano dos serviços, como orientações em grupo, circulação de

informações, oficinas e rodas de conversa, como vias de fortalecimento e participação (Silva, A.; Oliver, 2022).

Essa perspectiva converge com a forma como as pessoas usuárias caracterizam o controle social. Participantes de uma associação de usuários de saúde mental de Pelotas–RS o descrevem em duas dimensões articuladas. A primeira corresponde à participação institucional prevista em lei, especialmente por meio de conselhos e conferências de saúde. A segunda amplia esse entendimento ao situar o controle social como um campo de ação política e pública que se materializa em outros espaços capazes de sustentar os pressupostos da luta antimanicomial, do empoderamento e da participação social, como a própria associação, o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), o CAPS, atividades culturais e comunitárias, universidades e eventos. Além disso, o controle social é compreendido como um lugar de luta coletiva, no qual as reivindicações ultrapassam demandas individuais e se vinculam ao apoio a outras pessoas, fortalecendo vozes, relações e participação (Neutzling; *et al.*, 2024).

Em convergência, experiências descritas na Comissão de Saúde Mental de um município do Paraná, indicam que a efetivação do controle social requer estratégias coletivas que combinem acompanhamento, formação e mobilização. Um grupo composto por pesquisadores, pessoas usuárias e familiares acompanhou as reuniões e realizou encontros pós-reunião para compartilhar dúvidas, identificar barreiras e replanejar ações, ao mesmo tempo em que investiu em assessoria contínua sobre legislações e políticas públicas, ampliou o curso de controle social com formação de multiplicadores e aproximou o debate da realidade dos CAPS por meio de apresentações dos serviços e criação coletiva de roteiros de perguntas para qualificar a fiscalização institucional (Ferro; Santos, 2021). Ferro (2016) também destaca a criação de um curso de formação popular semestral, inicialmente dirigido a pessoas usuárias e familiares e, posteriormente, a profissionais, em parceria entre universidade e associações comunitárias, além da organização de um grupo permanente de controle social, reforçando que espaços formativos e coletivos representativos são centrais para ampliar protagonismo e qualificar o exercício democrático do controle social na saúde mental.

Dessa forma, ampliar a participação social não se restringe a escuta ou à ocupação de espaços intrainstitucionais. Trata-se de um exercício ampliado de cidadania, no qual a sociedade civil reivindica, acompanha e fiscaliza o cumprimento das políticas públicas

que sustentam a Atenção Psicossocial por meio do controle social em diferentes instâncias (Silva, A.; Oliver, 2019). À luz do percurso desenvolvido neste capítulo, evidencia que o PTS se constitui como dispositivo dinâmico, ancorado nas contribuições da Saúde Coletiva e da Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, cuja efetivação requer condições institucionais e relacionais que sustentem a corresponsabilização e a atuação concreta das pessoas usuárias e familiares nos processos decisórios.

Nesses termos, o controle social explicita que a singularidade do cuidado, tal como preconizada no PTS, se realiza com maior consistência quando existem espaços democráticos que legitimam a participação social, reconhecem a voz dos sujeitos e garantem sua presença ativa na construção do cuidado e na defesa de direitos. Conclui-se, portanto, que a participação social atravessa a estruturação de dispositivos como o PTS, operando simultaneamente como instrumento e como objetivo das práticas de cuidado. Compreender essa dupla função e toda complexidade que a envolve é fundamental para consolidar políticas públicas de saúde efetivamente democráticas, inclusivas e transformadoras.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar a perspectiva das pessoas usuárias e familiares sobre o PTS desenvolvido nos CAPS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1) Identificar os desafios na construção dos PTS, sob a ótica das pessoas usuárias e familiares;

2) Identificar os desafios na implementação dos PTS, sob a ótica das pessoas usuárias e familiares;

3) Identificar a perspectiva das pessoas usuárias e familiares do que seria um PTS bem-sucedido.

4. METODOLOGIA

É difícil pensar na melhor forma de fazer as coisas, são tantas variáveis, imprevistos, mas hoje estava no supermercado e vi uma pessoa usuária que agora trabalha lá e me lembrei de uma fala dela do período que frequentava o CAPS, me dizendo: “Para tudo se dá um jeito, Érika! Se não deu certo é só caçar outro!” E assim seguimos, desenhando esta forma de fazer pesquisa, caçando os contornos possíveis (Diário de Campo, janeiro de 2024).

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, priorizando a compreensão e explicação das relações sociais em vez da quantificação de dados. Esse tipo de investigação considera um universo de significados que engloba motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, elementos fundamentais para a compreensão aprofundada dos processos e fenômenos sociais. Além disso, a pesquisa qualitativa tem como foco o cotidiano e as experiências do senso comum, as quais são continuamente interpretadas e ressignificadas pelos sujeitos que as vivenciam (Yin, 2016; Minayo, 2023).

A abordagem qualitativa é amplamente utilizada no campo da saúde, surge em oposição ao Paradigma Positivista, compreende a realidade humana socialmente vivida, destoando das pesquisas anteriormente desenvolvidas nas ciências naturais. Ancorada nos referenciais da Sociologia Compreensiva e na Dialética Marxista, valoriza o significado atribuído nas análises somado à qualidade dos fatos e das relações sociais como propriedade inerente, na qual estas relações são inseparáveis e interdependentes (Yin, 2016; Minayo, 2023).

A pesquisa qualitativa estuda o significado dos fenômenos nas condições reais de vida das pessoas, representa suas opiniões e perspectivas considerando as condições contextuais em que vivem, auxilia na compreensão do comportamento humano e social, agrupa múltiplas fontes de evidência ao invés de se basear em uma única (Yin, 2016).

Trata-se de uma pesquisa exploratória, cujo objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, permitindo uma delimitação mais precisa do tema, com vistas a explicitá-lo ou formular hipóteses. Essa modalidade busca abordar o problema sob diferentes ângulos e perspectivas, recorrendo à revisão bibliográfica, à coleta de dados junto a indivíduos que possuem experiência direta com o tema e análise

subsequente desses dados para uma melhor compreensão do fenômeno investigado (Gil, 2007; Prodanov; Freitas, 2013)

Quanto ao procedimento, trata-se de uma pesquisa de campo precedida por uma investigação bibliográfica, seguida da coleta de dados com um grupo específico de pessoas (Fonseca, 2002). Este estudo não prioriza a representatividade estatística, uma vez que seus resultados não podem ser generalizados, dado que a metodologia se concentra nas características observadas em um contexto grupal específico (Yin, 2016; Minayo, 2023).

Desta forma, esta pesquisa é caracterizada como exploratória, qualitativa e foi desenvolvida em campo, com objetivo de apresentar as perspectivas das pessoas usuárias e familiares que frequentam os serviços de saúde mental no interior do estado de São Paulo e tem como referencial teórico autores da Saúde Mental e da Saúde Coletiva.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido conforme os princípios éticos fundamentais da pesquisa com seres humanos, garantindo a inexistência de exposição a riscos indevidos e a não discriminação na seleção dos participantes. Foram observados critérios como a avaliação da relação risco-benefício, a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a garantia da privacidade e da confidencialidade das informações, conforme preconizado por Gerhardt e Silveira (2009).

O TCLE foi elaborado de forma descritiva e explicativa, preenchido por todos os participantes, aos quais foram assegurados pela pesquisadora a preservação dos dados e esclarecido o direito de desistirem ou se recusarem a participar em qualquer etapa da pesquisa, conforme modelos apresentados no Apêndice C e D para as pessoas usuárias e familiares respectivamente.

Diante da possibilidade de utilização de fotografias durante a atividade no segundo encontro, foi adotado o Termo de Autorização para Uso de Imagem, com o objetivo de garantir o consentimento livre e esclarecido dos participantes sobre o uso de suas imagens para fins exclusivamente acadêmicos e científicos. O documento referido foi devidamente preenchido e assinado pelos participantes, conforme modelo apresentado no Apêndice E.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar e somente após parecer favorável com aprovação do projeto de pesquisa sob o Número do Parecer: 6.424.477, CAAE: 73831123.8.0000.5504, foi iniciada a etapa de coleta de dados.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram da presente pesquisa doze colaboradores: sete pessoas familiares e cinco pessoas usuárias vinculadas aos CAPS, na região delimitada pelo estudo, que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão citados a seguir:

→ **Critérios de inclusão:**

I - Ser pessoa familiar ou pessoa usuária do CAPS de diferentes modalidades, há pelo menos 6 meses.

II - Adultos a partir de 18 anos de idade.

→ **Critério de exclusão**

I – Pessoas usuárias em crise⁴.

4.3 CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na região sudeste do Brasil, noroeste do estado de São Paulo, na cidade de Campinas, em CAPS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que foram serviços participantes da pesquisa

⁴ A partir da perspectiva psicossocial, compreendemos a crise como um momento de desorganização dos aspectos subjetivos, sociais e/ou contextuais da vida da pessoa, não limitada a uma urgência, mas uma situação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico intenso, com necessidade de priorização de ações baseadas nos vínculos cotidianos, na história de vida do sujeito e no cuidado em rede, a fim de respeitar a temporalidade da crise e sua superação por meio de projetos terapêuticos singulares com atenção integrada ao território (Dias; Ferigato; Fernandes, 2020). Nessa direção, compreende-se que, nos momentos de crise, as pessoas usuárias devem priorizar os cuidados necessários à amenização do sofrimento psíquico, por isso não foram incluídas no estudo, apesar de compreendermos o quanto esse período pode ser revelador, inclusive sobre a manutenção ou não da autonomia dessas pessoas.

anterior intitulada: “Projeto Terapêutico Singular em Saúde Mental: Contribuições da Terapia Ocupacional” (Colato, 2022).

Trata-se de um município de grande porte que, segundo informações disponíveis no endereço eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE (2025), contava com população de 1.139.047 pessoas, conforme o último censo realizado em 2022, e com população estimada em 2024, de 1.185.977 pessoas. Campinas dispõe de 14 CAPS cadastrados no CNES, incluindo diferentes modalidades: CAPS III, CAPS AD, CAPS III AD, CAPS Infantil Juvenil I e CAPS Infantil Juvenil II (Brasil, 2025). Os CAPS que atendem menores de 18 anos de idade foram excluídos, respeitando os critérios de inclusão desta pesquisa.

Optou-se por manter a pesquisa no município supracitado devido à diversidade e representatividade satisfatória do universo de pesquisa, bem como seu protagonismo histórico no processo de reforma psiquiátrica brasileira e implementação dos dispositivos de cuidados humanizados. Adicionalmente, optou-se por manter, na presente investigação, os CAPS participantes de estudo anterior (Colato, 2022), por critérios de conveniência metodológica (Gil, 2008). Tal decisão está relacionada à viabilidade de acesso e ao contato previamente estabelecido entre a pesquisadora e a coordenação de pesquisa dos serviços, o que favoreceria a realização de um novo processo investigativo.

4.4 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: formulário de caracterização das pessoas participantes, grupo focal ou entrevistas semiestruturadas com roteiro de perguntas, atividade com fotografias e diário de campo.

4.4.1 Formulário de Caracterização das Pessoas Participantes

Este formulário teve como objetivo caracterizar os participantes da pesquisa, tanto as pessoas familiares como as pessoas usuárias. Dada a necessidade de adequação às especificidades de cada subgrupo, elaboraram-se dois documentos: Formulário de

caracterização das pessoas usuárias e Formulário de caracterização das pessoas familiares.

O Formulário de caracterização das pessoas usuárias incluiu questões relacionadas a dados pessoais, abrangendo idade, gênero, nível de escolaridade, ocupação, condições socioeconômicas e padrões de circulação territorial. Esses aspectos foram elencados considerando o acesso das pessoas usuárias a serviços de saúde, trabalho, cultura e esporte, além do tempo de permanência e das atividades realizadas no CAPS ao qual estão vinculados (APÊNDICE F).

O Formulário de caracterização das pessoas familiares incluiu questões relacionadas a dados pessoais, abrangendo idade, gênero, vínculo com o familiar atendido pelo CAPS, nível de escolaridade, ocupação, condições socioeconômicas e padrões de circulação territorial. Esses aspectos foram elencados considerando o acesso das pessoas familiares a serviços de saúde, trabalho, cultura e esporte, bem como o tempo de permanência e as atividades realizadas no CAPS pelos seus respectivos familiares (APÊNDICE G).

4.4.2 Grupo Focal

Os grupos focais combinados a outras técnicas de coleta de dados na pesquisa qualitativa se mostram úteis, pois consideram a visão dos diferentes sujeitos e os contextos sociais que compõem o fenômeno estudado, compreendem a complexidade e o dinamismo do objeto de estudo, mostra-se como uma possibilidade de contextualizar culturalmente as representações sociais e as percepções de um determinado grupo (Gondim, 2003; Trad, 2009).

Os grupos focais se interessam pelo produzido nas interações, não somente pelo discurso, mas pelos processos que se estabelecem entre as pessoas. São conduzidos por um moderador, cuja função é estimular a discussão sobre um tema em questão, sendo flexível para introduzir novas questões caso seja necessário, o moderador pode inclusive avaliar a necessidade de um assistente de pesquisa e número de encontros para se obter material suficiente para uma boa análise (Gatti, 2012).

Pode-se elaborar um roteiro de questões disparadoras a partir da revisão da literatura, pautado nos objetivos da pesquisa para a condução do grupo a fim de estimular

a discussão sobre o tema, com a possibilidade de inclusão de outros temas não previstos inicialmente, porém relevantes (Trad, 2009). Os grupos focais devem durar 1 hora e 30 minutos aproximadamente. Quanto ao número de participantes, varia entre autores que discutem a temática, de 6 a 15 participantes (Gatti, 2012), de 6 a 8 (Sá; Costa; Moreira, 2021), ou 10 participantes (Trad, 2009). Além de ser uma técnica de produção de dados da pesquisa, é uma possibilidade de constituição de um espaço de discussão e reflexão sobre a temática estudada, neste caso o PTS.

4.4.3 Fotografia

A utilização da fotografia, como recurso metodológico criativo, pode favorecer a participação mais ativa dos colaboradores no processo de pesquisa. Contribui para a construção de uma pesquisa realizada com as pessoas e não para as pessoas, alinhando-se a uma perspectiva ética e política que valoriza o protagonismo de populações historicamente marginalizadas. Além disso, o uso da imagem permite representar visualmente aspectos da realidade vívida e da comunidade na qual esses sujeitos estão inseridos (Mannay, 2017).

A fotografia é amplamente utilizada como recurso de investigação em Ciências Humanas e Sociais, é um instrumento acessível e eficaz para expressão, mobilização e promoção de reflexões. Por meio dela, as pessoas discutem imagens que produziram em seus próprios contextos, refletindo sobre suas vivências enquanto membros de uma comunidade ou grupo social específico. Dessa forma, a fotografia permite evidenciar visualmente problemáticas ou aspectos específicos do cotidiano (Sá; Costa; Moreira, 2021). Os recursos visuais surgem da necessidade de ampliar a interação, favorecem o empoderamento dos participantes e permitem atingir níveis mais profundos de compreensão do objeto de estudo (Alves *et al.*, 2021).

Por meio das imagens produzidas e interpretadas pelos próprios participantes, enriquece-se a análise, capturando dimensões dificilmente traduzíveis apenas pela linguagem verbal (Liebenberg, 2009). Considerando a ampla difusão de recursos tecnológicos na sociedade contemporânea, tais como os telefones celulares com câmeras fotográficas integradas, partiu-se do pressuposto de que a maioria dos participantes teria familiaridade e acesso cotidiano a esse tipo de ferramenta (Sá; Costa; Moreira, 2021).

Neste estudo, as fotografias foram utilizadas como representações visuais associadas ao PTS das pessoas usuárias, com o intuito de mobilizar reflexões e enriquecer a discussão sobre o tema investigado.

4.4.4 Entrevistas Semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas na pesquisa qualitativa necessitam de um repertório teórico-metodológico apropriado às especificidades do objeto de estudo, e para sua execução é necessário que o pesquisador domine esse referencial de forma consistente, evitando uma apropriação superficial sem estruturação e reflexão necessária (Minayo, 2023). Pode ser um instrumento de coleta de dados executada de duas maneiras: remotamente por meios digitais ou em um processo de interação face a face. Nestas duas modalidades de entrevistas: perguntas, respostas, e interpretações estão presentes, entretanto ao analisar os dados é importante considerar como o diálogo se estabeleceu e as particularidades deste encontro (Manzini, 2004).

As entrevistas semiestruturadas caracterizam-se pela estruturação prévia de questões baseadas em hipóteses e teorias relacionadas ao campo investigado. Permitindo o surgimento de novas hipóteses a partir das respostas dos participantes, além de reflexões trazidas por eles. Um roteiro de questões, neste contexto, auxilia tanto na coleta dos dados, quanto no direcionamento do diálogo durante o processo de interação com o entrevistado (Minayo; Costa, 2018).

O uso de um roteiro com questões disparadoras permite ao pesquisador direcionar a discussão e as reflexões para a temática estudada, podendo inserir novas perguntas que considere relevantes durante a condução da entrevista. Além disso, é possível explorar tópicos complementares ou questões apresentadas pelo entrevistado, não pensadas inicialmente pelo pesquisador (Oliveira, S.; Guimarães; Ferreira, 2024).

4.4.5 Diário de campo

O diário de campo, nesta pesquisa, é compreendido não apenas como um instrumento de registro, mas como um dispositivo analítico e ético-político, no qual se expressa a implicação da pesquisadora com o campo e com o processo de produção do conhecimento. Essa concepção aproxima-se dos pressupostos da Análise Institucional,

formulada por René Lourau (2004), que reconhece que o pesquisador está, inevitavelmente, implicado nas instituições que investiga e que sua presença, escolhas e afetos constituem parte do próprio objeto de estudo.

A análise da implicação é entendida, portanto, como um exercício contínuo de explicitação das relações que o pesquisador estabelece com o campo, considerando as dimensões institucional, ideológica e subjetiva atravessadas por afetos e valores. Tal perspectiva rompe com a noção de neutralidade científica e propõe um modo de fazer pesquisa em que o investigador assume sua presença e seus atravessamentos como elementos que produzem análise e ampliam a compreensão do fenômeno estudado (Lourau, 2004).

Dessa forma, a escrita do diário assume uma função analítica e reflexiva, permitindo à pesquisadora acompanhar e registrar os movimentos, tensões e afetos que emergem nas relações estabelecidas com os participantes e com as instituições envolvidas. Inspirada também nas contribuições de Spink *et al.* (2014), a escrita é entendida como uma prática discursiva que produz sentidos e revela o modo como a pesquisadora se posiciona e é afetada pelo campo. Assim, o diário torna-se um dispositivo de análise implicada, articulando dimensões subjetivas, políticas e metodológicas conferindo maior transparência e rigor à produção do conhecimento (Lourau, 2004).

Os diários de pesquisa são práticas discursivas, linguagens em ação, de uma forma intimista, pessoal e espontânea. Rompem o posicionamento tradicional dos principais atores da pesquisa: pesquisador/pesquisado, cria uma área de jogo entre esses atuantes, amplia os limites e as bordas destas atuações. A escrita e a releitura do diário mobilizam memórias, reflexões contextualizadas, com a materialização de conceitos observados, percebidos e experimentados (Araujo *et al.*, 2013; Spink *et al.*, 2014).

Os registros do diário demonstram a reflexividade da pesquisadora durante o processo de realização da pesquisa (Spink *et al.*, 2014; Olmos-Vega *et al.*, 2022). O diário é utilizado nesta pesquisa como instrumento de adensamento analítico, com trechos inseridos próximos aos temas discutidos, sem pretensão de análise exaustiva do corpus textual, mas como acompanhamento e expressão da experiência (Spink *et al.*, 2014). As notas do diário de campo estão identificadas com o termo “Diário de Campo”, seguidas da data de registro, garantindo rastreabilidade e coerência analítica.

Assim, o diário de campo se integra ao processo de análise temática como recurso de reflexividade e adensamento interpretativo, permitindo que as experiências, afetos e deslocamentos vividos pela pesquisadora componham o movimento analítico e ético da pesquisa.

4.5 ESTUDO PILOTO

A realização do estudo piloto é uma etapa importante no planejamento de pesquisas qualitativas, permite testar os instrumentos e procedimentos antes de sua aplicação definitiva. É essencial para avaliar a clareza das perguntas, a adequação dos métodos ao contexto do estudo e a previsão da coleta de dados (Yin, 2016; Minayo, 2023). Segundo Minayo (2023), o grupo piloto contribui para ajustes metodológicos e para o aprimoramento do roteiro de pesquisa, garantindo que os instrumentos sejam compreensíveis e eficazes na captura dos resultados da investigação.

Essa etapa, compreendida como espaço de aprendizagem metodológica e de reelaboração dos instrumentos, expressa o caráter processual e instituidor da pesquisa, que reconhece o campo como lugar de coprodução do conhecimento e de transformação do próprio pesquisador (Lourau, 2004). E a valorização da participação das pessoas usuárias e familiares no processo de pesquisa demonstra um dos princípios fundamentais das abordagens qualitativas comprometidas com a produção de conhecimento situado e eticamente implicado (Olmos-Veja *et al.*, 2022).

No presente estudo, as sugestões do grupo piloto mostraram-se pertinentes e estratégicas. Asseguraram maior coerência entre os objetivos da investigação e a experiência vivida dos envolvidos, ampliando a validade do instrumento e fortalecendo sua potência dialógica.

O piloto desta pesquisa foi conduzido em um CAPS II localizado em um município do interior do estado de São Paulo, diferente dos locais da coleta principal, onde a pesquisadora atua como Terapeuta Ocupacional. A atividade foi previamente autorizada pela Coordenação de Saúde Mental e pela Secretaria Municipal de Saúde do referido município.

O objetivo central do estudo piloto foi testar os instrumentos de pesquisa, mais especificamente, o roteiro de questões disparadoras e os formulários de caracterização

das pessoas participantes, com vistas a garantir sua clareza, coerência interna e adequação ao campo empírico. Também buscou avaliar a receptividade dos participantes a metodologia proposta com a utilização de fotografias no processo de coleta de dados.

A equipe do serviço foi solicitada a indicar pessoas usuárias e familiares que pudessem ter interesse em participar do estudo piloto. Preferencialmente, os possíveis participantes deveriam ser pessoas usuárias ou familiares que a pesquisadora não tivesse vinculação como referência ou envolvimento direto em atividades terapêuticas. Os nomes dos indicados foram listados, e seus telefones de contato disponibilizados para que a pesquisadora realizasse diretamente o convite aos possíveis participantes, procedimentos que podem ser visualizados na figura 1 a seguir:

Figura 1- Procedimentos para o estudo piloto



Fonte: Elaborado pela autora, 2025

4.5.1 Estudo piloto com as pessoas usuárias

O estudo piloto contou com cinco pessoas usuárias, além da pesquisadora responsável. Inicialmente, foram convidados sete potenciais participantes, os quais manifestaram interesse e aceitaram participar do estudo. No entanto, dois participantes ausentes justificaram-se posteriormente: um por falta de transporte público e o outro devido a uma situação de desorganização psíquica cotidiana que ele tinha eventualmente.

Inicialmente o encontro teve como objetivo apresentar a proposta da pesquisa e os procedimentos que seriam adotados. Logo, foi realizada uma explicação sobre os objetivos da atividade e, em seguida, foram apresentados os instrumentos de pesquisa: o TCLE para as pessoas usuárias, o Formulário de caracterização das pessoas usuárias, o Termo de Autorização para Uso de Imagem e o folheto de convite para participação na pesquisa.

A leitura dos documentos foi conduzida de forma coletiva, com apoio da pesquisadora, garantindo a compreensão de todos os itens antes do preenchimento individual dos formulários e termos realizados na sequência. Durante essa etapa, os participantes apresentaram sugestões para adequações no Formulário de Caracterização, apontando, por exemplo, a ausência de categorias relacionadas à escolaridade incompleta — aspecto relevante para sua realidade — e sugerindo a substituição de termos considerados menos naturalizados no seu cotidiano, como “residir”, por expressões mais usuais, como “morar”. No que se referia ao folheto de convite para a pesquisa, as pessoas usuárias o consideraram extenso e de difícil compreensão, recomendando uma reformulação mais direta e acessível. Em relação ao roteiro de perguntas utilizado na discussão em grupo, os participantes indicaram a importância de apresentar questões mais simples e diretas, evitando perguntas compostas ou com múltiplos elementos em uma mesma formulação, o que poderia dificultar o diálogo.

A condução da dinâmica grupal foi satisfatória, ocorreu dentro do tempo previsto, entretanto ocorreu uma situação inusitada: uma das pessoas usuárias participantes, ao registrar a fotografia solicitada para o segundo encontro entrou em conflito com sua mãe, segundo ele a mãe tem o hábito de fiscalizar seu celular e ao ver as fotografias (da cesta e quadra de basquete do bairro) que a pessoa usuária havia produzido, preocupou-se que a vizinhança achasse inapropriado que ele ficasse tirando fotos e que isso lhe causasse problemas, visto a fama de “louco” que ele tem nas redondezas, apagando as fotos registradas.

A pessoa usuária foi acolhida diante da sua angústia, participou do segundo encontro, fez uma descrição verbal da fotografia, a pesquisadora buscou na internet imagens similares e a imprimiu para continuidade de sua participação e visualização dos outros integrantes. Após o grupo, a pesquisadora entrou em contato com a mãe do colaborador para elucidar suas dúvidas sobre a pesquisa e o ocorrido. Diante deste

acontecimento a pesquisadora pensou em novas estratégias metodológicas a fim de evitar outro episódio similar ao supracitado, por observar o constrangimento do colaborador e a frustração vivenciada tanto por ela quanto pelo participante com o ocorrido. Assim foi acrescentado aos documentos da pesquisa um lembrete da atividade com as fotos, bem como o número do telefone da pesquisadora entregue aos integrantes do grupo de usuários com orientações para o segundo encontro, que poderia inclusive ser apresentado aos familiares que tivessem dúvidas sobre a proposta da pesquisa.

Os outros instrumentos também foram adequados: o roteiro de questões foi detalhado, o Formulário de caracterização foi ampliado e o convite para participação na pesquisa foi resumido. Tais contribuições foram fundamentais para a adequação dos instrumentos à realidade das pessoas usuárias.

4.5.2 Estudo Piloto com as pessoas familiares

Para o estudo piloto com as pessoas familiares, foram convidados onze familiares e compareceram seis. Dois recusaram por desinteresse, dois estavam indisponíveis e um não justificou a ausência. Inicialmente o encontro teve como objetivo apresentar a proposta da pesquisa e os procedimentos metodológicos que seriam adotados, seguido da apresentação dos instrumentos de pesquisa: TCLE das pessoas familiares, o Formulário de caracterização das pessoas familiares e o convite para participação na pesquisa.

A leitura dos documentos foi realizada coletivamente, com o acompanhamento da pesquisadora, de modo a garantir a compreensão plena de seu conteúdo antes do preenchimento individual dos formulários e termos. Durante esta etapa, os participantes sugeriram a inclusão do item “aposentado” na seção referente à situação de trabalho no Formulário de Caracterização, como forma de melhor representar sua realidade.

Em relação ao folheto de convite para a pesquisa, os familiares destacaram a dificuldade de compreensão do termo PTS e recomendaram o uso de sinônimos ou expressões equivalentes que tornassem o conteúdo mais acessível, como “Projeto de Saúde”, “Tratamento” e “Projeto Terapêutico”. Essa sugestão também se estendeu ao roteiro de questões, uma vez que os participantes manifestaram pouca familiaridade com o conceito de PTS. Propuseram, portanto, que a pesquisadora, ao enunciar as questões, mesmo que verbalmente, utilizasse termos alternativos que facilitassem o entendimento e favorecessem a interlocução.

A dinâmica grupal transcorreu de forma satisfatória, ainda que tenha ultrapassado o tempo inicialmente previsto, totalizando duas horas. Os participantes, que não se conheciam anteriormente, demonstraram grande necessidade de compartilhar experiências para além dos questionamentos apresentados, evidenciando a ausência de espaços institucionais de escuta e troca sobre as dificuldades cotidianas relacionadas aos sofrimentos psíquicos. As contribuições desse grupo foram fundamentais para qualificar os instrumentos de pesquisa. Tal processo refletiu uma prática metodológica pautada pela escuta sensível, conforme proposta de Olmos-Vega *et al.* (2023), que destaca a importância da reflexividade interpessoal e contextual como elemento essencial de rigor em pesquisas qualitativas, na produção de um conhecimento situado, que considere as experiências das pessoas. Ao considerar as relações e significados produzidos em campo, a pesquisa também se transforma no diálogo com os participantes, reafirmando a coprodução do conhecimento como princípio ético e político da investigação.

Nesse sentido, a dificuldade dos familiares em compreender o termo PTS evidenciou a necessidade de revisar a terminologia para garantir melhor elucidação e uma comunicação alinhada ao contexto. A inclusão de expressões como “Projeto de Saúde”, “Tratamento” ou “Projeto Terapêutico” não representou uma perda conceitual, mas um movimento ético e de adequação da comunicação que buscou favorecer a participação ativa e o engajamento dos participantes, ampliando as possibilidades de coprodução de sentidos durante as atividades de coleta. Assim, essa decisão metodológica expressa a dimensão reflexiva do processo de pesquisa, ao reconhecer que o conhecimento é produzido nas interações e o pesquisador, ao adaptar suas estratégias e linguagem, também transforma e é transformado pelo contexto de pesquisa.

4.6 PROCEDIMENTOS

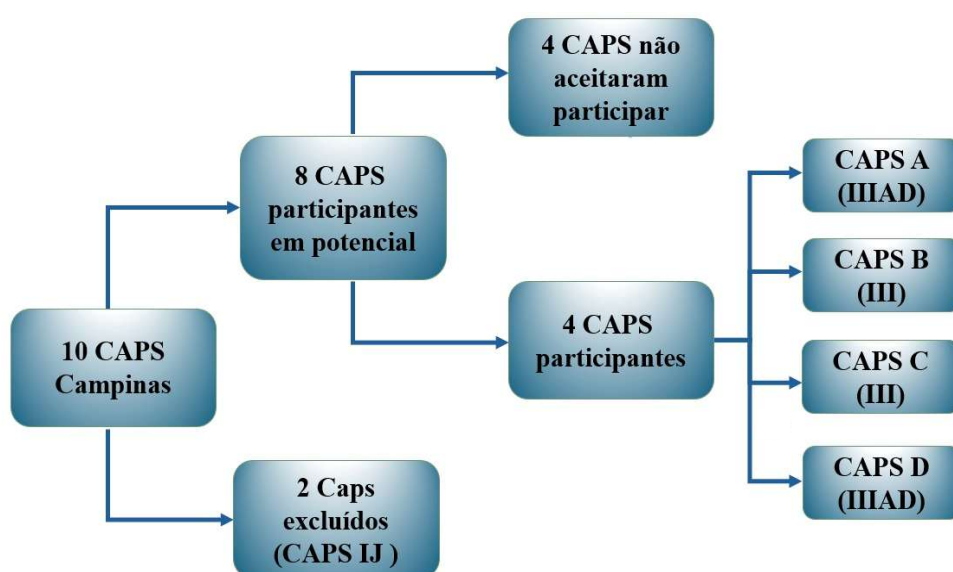
4.6.1 Contato com a instituição gestora dos CAPS

Inicialmente, foi realizado contato telefônico com a organização não governamental gestora dos CAPS participantes, com o objetivo de verificar os procedimentos necessários para a autorização da pesquisa nos serviços do município, além de identificar a existência de possíveis participantes e a disponibilidade dos equipamentos de saúde mental para o desenvolvimento do estudo.

A pesquisadora foi orientada a enviar, por e-mail ao responsável pela coordenação de pesquisas e formações da instituição, a documentação relevante para a avaliação do projeto. Esse material seria apresentado posteriormente aos gestores dos serviços convidados. Durante esse processo, a pesquisadora manteve-se disponível para esclarecer dúvidas que surgiram por meio de e-mail.

Oito serviços foram convidados a participar da pesquisa, incluindo CAPS III, CAPS III AD e CAPS AD. Desses, quatro serviços aceitaram integrar o estudo, sendo dois CAPS III e dois CAPS AD, conforme ilustra a figura 2 a seguir:

Figura 2 - Convite aos CAPS



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Em agosto de 2023, a instituição gestora emitiu a autorização necessária para a realização da pesquisa nesses serviços. Com esse documento em mãos, a pesquisadora submeteu o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para avaliação e apreciação.

Após a aprovação do CEP, concedida em outubro de 2023, a pesquisadora entrou em contato com a instituição gestora, encaminhando a documentação referente à aprovação ética. Na sequência, foi formalmente apresentada aos gestores dos serviços por meio de comunicação realizada por e-mail.

4.6.2 Contato com os gestores dos CAPS

Após autorização da instituição gestora dos serviços participantes e autorização do CEP (nº 6.424.477) a pesquisadora entrou em contato com os gestores dos CAPS que demonstraram interesse em participar da pesquisa. O primeiro contato ocorreu em outubro de 2023, por meio de e-mail. A pesquisadora foi apresentada pelo coordenador de pesquisa institucional, que enviou um resumo do projeto e lembrou os gestores sobre a pesquisa apresentada em uma reunião institucional.

Posteriormente, a pesquisadora se colocou à disposição para visitar os CAPS, participar de reuniões de equipe, assembleias, atividades coletivas ou outros momentos convenientes ao serviço com uma data agendada previamente, com o objetivo de apresentar sua pesquisa ou elucidar dúvidas tanto da equipe quanto dos potenciais participantes. Além disso, ela enviou um cronograma preliminar para as atividades que seriam realizadas em campo.

Em janeiro de 2024, a pesquisadora reafirmou sua disponibilidade para comparecer ao serviço e lembrou o cronograma de realização dos grupos, com convites a serem realizados em fevereiro e com execução prevista para março de 2024. Com isso, solicitou que as equipes contatassem os potenciais participantes e divulgassem um folheto de convite, no qual a proposta da pesquisa era apresentada e a disponibilidade dos interessados verificada.

No folheto, constava o número do telefone da pesquisadora para esclarecer dúvidas e/ou confirmar o interesse em participar do estudo. Caso os potenciais participantes preferissem fornecer seus contatos, a pesquisadora se comprometeria a entrar em contato diretamente.

Os serviços solicitaram a aproximação e o esclarecimento de dúvidas de maneiras distintas. Em dois dos quatro CAPS participantes, os gestores sugeriram que a pesquisadora participasse das assembleias dos respectivos serviços, com o intuito de apresentar a pesquisa às equipes e aos potenciais participantes. Nesses casos, os convites foram realizados diretamente pela pesquisadora, conforme acordado.

A terceira gestora convidou a pesquisadora para reunião de equipe, entretanto desmarcou posteriormente devido ao número de pautas emergenciais do serviço, esclareceu suas dúvidas por telefone e aplicativo de WhatsApp e se comprometeu a

divulgar a pesquisa e fazer os convites com a equipe. O quarto gestor esclareceu suas dúvidas quanto ao cronograma, critérios de inclusão dos participantes por contato telefônico e WhatsApp e se comprometeu igualmente a divulgar a pesquisa e realizar os convites pessoalmente aos possíveis participantes.

A partir deste momento os CAPS que compuseram este estudo serão identificados por letras do alfabeto de A a D para a garantia do sigilo acerca da identidade destes, bem como a dos participantes.

4.6.3 Convite aos participantes

Hoje é o primeiro dia de coleta e eu estou com a impressão de que as equipes não conseguiram fazer os convites conforme combinado. No último mês, dois dos quatro coordenadores de CAPS que eu estava em contato saíram do serviço e isto causou um desencontro de informações sobre a pesquisa, as pessoas que assumiram esta função têm sido super receptivas, mas acredito que tenham outras prioridades no momento. Estou indo preparada para adequações e a M. também, vamos ver o que dá (Diário de Campo, março de 2024)!

A quantidade de convites foi baseada no que aponta a literatura como o ideal para realização de um grupo focal com 10 pessoas (Trad, 2009; Gatti, 2012). Assim, prevendo possíveis ausências a proposta inicial foi que cada um dos quatro serviços indicasse três familiares e três pessoas usuárias que demonstrassem interesse e aceitassem participar da pesquisa.

A pesquisadora realizou a aproximação com os possíveis participantes, conforme o procedimento que cada equipe de serviço considerasse mais adequado. Em dois CAPS, os convites às pessoas usuárias foram realizados pelas respectivas equipes, enquanto, nos outros dois, a pesquisadora foi responsável por essa etapa. As equipes que conduziram os convites comprometeram-se a confirmar a presença das pessoas usuárias uma semana antes do encontro.

Nos outros dois CAPS em que os convites foram feitos pela pesquisadora, eles ocorreram após a assembleia na qual ela participou. Os interessados se candidataram, e aqueles que atendiam aos critérios de inclusão foram selecionados, comprometendo-se a confirmar a presença com um membro da equipe do serviço na semana anterior ao encontro.

Quanto às pessoas familiares, em nenhuma das assembleias elas estavam presentes, sendo assim os convites a estas participantes foram realizados exclusivamente pelas equipes do CAPS e combinado a confirmação de presença, uma semana antes do encontro.

A pesquisadora foi informada do número de participantes convidados e confirmados sete dias antes da execução dos grupos, em posse desta informação providenciou transporte para os participantes ao local de execução das atividades. Contudo, no dia anterior a realização do primeiro grupo, ao confirmar a atividade com os gestores, a pesquisadora soube que o número de participantes reduziu significativamente.

No encontro inicial, com as pessoas familiares somente três familiares compareceram, não atingindo o número mínimo de participantes necessários para a condução de um grupo focal. Sendo assim, a metodologia precisou se adequar a estas ausências. Logo a pesquisadora optou por desenvolver uma entrevista semiestruturada, de forma individualizada, com os participantes que estavam presentes e verificar com os gestores colaboradores a possibilidade de realizarem novos convites a potenciais familiares participantes.

Na semana seguinte, em março de 2024, a pesquisadora contactou o coordenador de pesquisa institucional e os serviços participantes, informando a possibilidade de ampliar o convite de entrevista as outras pessoas familiares que demonstraram interesse em participar do estudo, mas que não estavam disponíveis no dia agendado para o grupo, além dos participantes que confirmaram presença, mas não compareceram no dia do grupo.

Com a anuência dos serviços colaboradores, os gestores dos CAPS fizeram o contato com os possíveis familiares participantes convidando-os para entrevista e aos que concordaram participar foi informado o contato da pesquisadora, bem como solicitaram autorização deles para informar os seus contatos telefônicos a pesquisadora para agendamento das entrevistas individualmente nos respectivos serviços, respeitando a disponibilidade dos participantes e dos serviços para utilização deste espaço. Sendo assim, após esta segunda rodada de convites, mais quatro pessoas familiares aceitaram participar do estudo.

Nos quatro CAPS investigados, observou-se adesão parcial dos participantes, com ausências motivadas, em sua maioria, por dificuldades de organização cotidiana,

sobrecarga de responsabilidades ou imprevistos pessoais. No CAPS A, pessoas familiares e usuárias relataram impossibilidade de comparecimento por falta de tempo hábil, prazos curtos de convite e compromissos previamente assumidos; no CAPS B, a equipe gestora apontou dificuldade em identificar familiares disponíveis, e parte dos possíveis participantes confirmados não compareceu; no CAPS C, familiares recusaram-se a participar em razão da recorrência de convites e participações em outras pesquisas, enquanto outros justificaram ausência por adoecimento; e no CAPS D, observou-se não comparecimento das pessoas familiares e usuárias, em decorrência de crise ou sem outra justificativa. Tais situações evidenciam a complexidade dos cotidianos das pessoas envolvidas e a imprevisibilidade inerente ao trabalho de campo em serviços de saúde mental.

4.6.4 Procedimentos de Coleta de Dados

O campo de coleta de dados: em algum lugar li que não era delimitado! Que não poderia ser, porque é dinâmico. Pensei muito nisso hoje, quanta coisa surgiu no carro, durante o transporte. Porque pesquisadora raiz também é motorista. E nesse trajeto a apresentação começou... os familiares logo me reconheceram como mãe, vendo as bagunças e fotos dos meninos no carro. E foi um bate-papo materno sobre filhos, até chegar no local das atividades, ao chegar na entrevista já estávamos embaladas no assunto e a entrevista pareceu uma continuidade daquela conversa inicial. E isso não foi planejado, mas bem que poderia ser (Diário de Campo, março de 2024).

Nesta etapa do trabalho de campo, a pesquisadora observou que a pesquisa não se restringia ao espaço físico previamente definido, mas se construía também nos encontros, deslocamentos e conversas cotidianas. Em uma dessas situações, durante o trajeto de carro para o CAPS, o diálogo com as participantes surgiu espontaneamente, permeado por trocas afetivas e pelo reconhecimento de papéis sociais compartilhados, como o de mãe. Essa interação informal inaugurou uma atmosfera de confiança e proximidade, fazendo com que, ao chegar ao local das atividades, as entrevistas fluíssem como uma continuidade da conversa iniciada no caminho.

Essa experiência evidenciou o caráter dinâmico e mutável do campo de pesquisa, que se (re)constitui nas relações e nas subjetividades implicadas, demonstrando que o

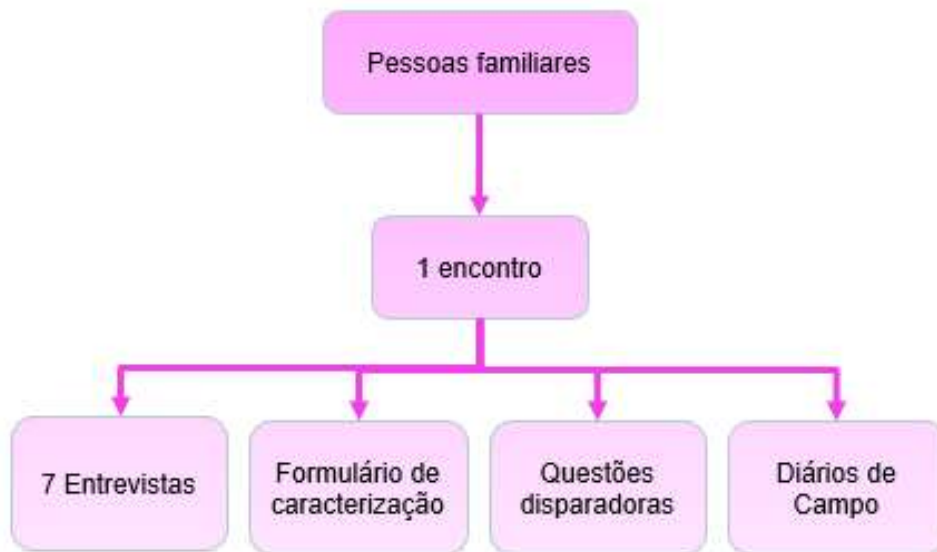
campo é, de fato, um espaço relacional, no qual a pesquisa se desenvolve em meio a interações e atravessamentos que produzem sentidos e significados (Lourau, 2004).

Em consonância com essa compreensão, conforme discutem Olmos-Vega *et al.* (2023), a reflexividade pessoal e contextual é essencial para reconhecer como as experiências, perspectivas e subjetividades da pesquisadora influenciam o processo investigativo e a produção de sentidos no encontro com os participantes. Ao reconhecer e registrar tais dinâmicas, reafirma-se a reflexividade como prática ética e como componente de rigor metodológico, uma vez que explicitar a implicação e a presença da pesquisadora no campo torna o processo de produção do conhecimento mais transparente, situado e comprometido com a complexidade da realidade pesquisada

Com os CAPS que concordaram em compor o estudo, foi acordado um horário conveniente aos serviços e participantes para realização das atividades (grupo e entrevistas), que não interferisse negativamente na rotina dos serviços e dos participantes. Para garantir o sigilo, os nomes das pessoas participantes não serão divulgados, dessa forma, as pessoas familiares foram identificadas por nomes de flores e as pessoas usuárias por nomes de jogadores de futebol.

Para os familiares, foi planejado apenas um encontro destinado à realização do grupo focal, tendo em vista tanto a sobrecarga cotidiana decorrente do exercício do cuidado às pessoas usuárias dos CAPS, quanto a baixa participação desses familiares nas atividades ofertadas pelos serviços. Por isso, a estratégia de coleta de dados apresentou especificidades conforme cada subgrupo de participantes. No caso dos familiares, em razão da baixa adesão ao grupo focal, optou-se pela realização de entrevistas individuais, conforme já mencionado. Entre as pessoas usuárias dos serviços, a coleta de dados ocorreu por meio de grupo focal e de uma atividade mediada por fotografias, cujos procedimentos metodológicos serão detalhados nas seções seguintes. Tais particularidades metodológicas, inclusive os instrumentos utilizados nas coletas podem ser visualizados nas figuras 3 e 4 a seguir:

Figura 3 - Procedimentos de coleta de dados com as pessoas familiares



Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Figura 4 - Procedimentos de coleta de dados com as pessoas usuárias



Fonte: Elaborado pela autora, 2025

4.6.4.1 Entrevista com Familiares

Terminei hoje as entrevistas, sensação de dever cumprido. Como é importante que elas possam falar, elas precisam dizer, mas como é gratificante ouvir a Margarida contar sua história, ela e sua família são componentes de todo o processo de Desinstitucionalização, elas fizeram parte desta construção. Que lucidez, que crítica maravilhosa esta mulher tem e quanto pode nos ensinar (Diário de Campo, março de 2024)!

As entrevistas com os familiares foram agendadas e realizadas individualmente pela pesquisadora, que, por meio de contato telefônico, organizou os horários considerando a disponibilidade dos participantes. Participaram sete familiares entrevistados nos CAPS de origem dos participantes, nos dias e horários apropriados para a utilização do espaço, conforme sugestão dos gestores, o que contribuiu para a realização das entrevistas de forma organizada e alinhada às rotinas institucionais.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e lido com as participantes, assinado por ambas as partes, com a entrega de uma via à participante. Em seguida, foi aplicado o Formulário de Caracterização, contendo informações sociodemográficas. As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas conforme o cronograma previsto, utilizando um roteiro de questões disparadoras adaptado das perguntas elaboradas para o grupo focal de familiares, com duração média entre 40 minutos e 1 hora e 15 minutos

Duas entrevistas foram brevemente interrompidas por pessoas usuárias do serviço: na primeira, um filho manifestou preocupação com a demora da mãe entrevistada; na segunda, uma mulher entrou na sala para confeccionar uma pulseira com a terapeuta ocupacional. Em ambas as situações, a pesquisadora apresentou-se, explicou o motivo de sua presença e o tempo estimado de término, acolheu as solicitações e articulou o encaminhamento com a equipe do CAPS, prosseguindo a entrevista sem prejuízo ao processo de coleta de dados.

4.6.4.2 Realização do Grupo Focal

Desafiador foi a palavra que resumiu esta atividade: felizmente ouvi a Bel e estava com uma auxiliar de pesquisa, o que eu não queria inicialmente, tivemos várias situações inusitadas, usuário muito agitado, ambiente novo, variantes não previstas! Mas deu tudo certo

no final. Fiquei pensando em como seria se não estivéssemos acostumadas com grupos terapêuticos, ou manejo de crise, o que aconteceria?! Foi produtivo, mas não foi fácil (Diário de Campo, março de 2024)!

Para as pessoas familiares foi agendado um encontro para o desenvolvimento do grupo focal, em março de 2024, contudo devido a quantidade insuficiente de participantes (três pessoas familiares) no dia em que seria realizada a atividade, esta abordagem foi suspensa e a pesquisadora optou pela realização das entrevistas com estes participantes.

O Grupo focal com as pessoas usuárias aconteceu na semana posterior, com cinco participantes. Foi desenvolvido em um primeiro encontro, onde utilizou-se de questões disparadoras e foi estruturado com a participação de um moderador, um auxiliar de pesquisa, um relator e cinco participantes.

Inicialmente, os participantes receberam o TCLE, e, após expressarem formalmente sua concordância, assinaram o documento com a pesquisadora, ficando com uma via do termo devidamente assinada. Em seguida, foi aplicado um formulário para a caracterização das pessoas participantes.

A atividade ocorreu em um dos CAPS participantes, escolhido estrategicamente para reduzir o tempo de deslocamento das pessoas usuárias. Um dos participantes estava inquieto, um pouco irritado e se retirou antes da conclusão da atividade justificando que iria fumar, a auxiliar de pesquisa o acompanhou para verificar se ele precisava de algo, mas ele disse que queria somente fazer uma pausa e voltaria posteriormente, no entanto, retornou após o término da atividade para se despedir. Ressalta-se que os participantes tinham a liberdade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento.

A dinâmica do grupo ocorreu satisfatoriamente, dois integrantes estavam familiarizados com o espaço, por estarem no CAPS em que são assistidos e outros dois integrantes se conheciam previamente. No início das atividades as pessoas usuárias apresentaram discursos sucintos, responsivos às questões disparadoras, dirigindo o diálogo prioritariamente à moderadora, ou a auxiliar de pesquisa, logo passaram a interagir mais fluidamente entre eles, complementando os discursos mutuamente com concordâncias e discordâncias. Durante a atividade um dos participantes sugeriu uma “pausa para o café”, que foi acatada pelo grupo, durando cerca de 5 minutos, retornando para a conclusão da atividade que ao todo durou 2 horas.

Durante a finalização das atividades os participantes foram convidados para um segundo encontro, destinado a uma etapa adicional de produção de dados. Essa fase consistia na captura de fotografias que representassem suas experiências nos territórios onde vivem, associadas aos seus projetos de cuidado. As imagens deveriam retratar aspectos relevantes a serem contemplados em seus PTS, incluindo atividades, desejos, objetos e lugares significativos.

Para viabilizar a participação, foram fornecidas câmeras fotográficas a duas pessoas usuárias que não possuíam o equipamento necessário para o registro das imagens e eles foram orientados sobre o uso, bem como foi apresentado e entregue o Termo de Autorização de Uso de Imagem aos participantes caso suas fotografias incluíssem pessoas que não estariam presentes no próximo encontro.

4.6.4.3 Atividade com fotografias

Que gostoso finalizar este processo de coleta de dados com esta atividade. Eles estavam tão felizes, por estarem naquele local que para a maioria era novo, estavam satisfeitos com as fotos, querendo falar sobre elas e gratos, disseram isso ao final do encontro! Que bacana (Diário de Campo, março de 2024)!

Os participantes escolheram realizar este encontro em uma sala multiúso cedida pela ONG gestora dos CAPS, alguns participantes conheciam previamente o espaço e referiram que era um lugar confortável e agradável, os que não conheciam tinham curiosidade em conhecer.

Inicialmente, o Termo de Autorização para Uso de Imagem foi reapresentado aos participantes que trouxeram fotografias para a pesquisa. Após a leitura e a manifestação de ciência por parte dos colaboradores, uma via do documento, devidamente assinada por ambos: participante e pesquisadora, foi entregue aos participantes.

Em seguida, foi apresentado um resumo da discussão anterior do grupo focal, com o objetivo de promover sua validação e possibilitar complementações. Na etapa seguinte, as fotografias foram exibidas, e os três presentes retomaram o debate sobre o tema da pesquisa, agora orientados pelas imagens e pelas questões complementares previamente elaboradas. Um quarto participante (Dudu) se ausentou no dia combinado, entretanto enviou suas fotografias por outro colaborador (Vini).

As fotografias contribuíram com a discussão da temática conforme previsto, os participantes não tiveram dificuldades com a execução da atividade, contudo houve um imprevisto que deve ser registrado. Ao final do primeiro encontro, os integrantes foram orientados sobre a atividade com fotografias e uma cópia do termo de consentimento de imagem foi apresentado e entregue a eles, no entanto, a maioria das imagens produzidas apresentavam outras pessoas, além dos participantes do estudo, que não forneceram o termo para divulgações futuras.

Durante as entrevistas, o grupo e a atividade com fotografias, áudios foram gravados e os dados armazenados para transcrição posterior. O armazenamento dos áudios e das fotografias foi feito em um dispositivo externo, sem conexão com a internet, em ambiente seguro na residência da pesquisadora, e será mantido pelo período de 8 anos, ao final deste prazo, os arquivos serão apagados.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os formulários de caracterização das pessoas participantes foram analisados por meio de análise descritiva, que compreende um conjunto de técnicas analíticas utilizadas para ilustrar e sistematizar os dados coletados em uma investigação, representando-os numericamente e com gráficos, organizando os aspectos relevantes do universo de pesquisa (LOESCH, 2012).

Os dados obtidos dos grupos focais, entrevistas, conteúdo das narrativas produzidas no encontro destinado à apresentação das imagens e os registros do diário de campo foram analisados por meio da análise temática. A análise temática é uma técnica de análise das comunicações, dos discursos, a partir da leitura exaustiva do material, que pressupõe encontrar os núcleos de sentido e temas, que estão contidos nas comunicações. Os temas são compostos por unidades de significação que surgem no texto analisado e são organizados dando origem às categorias de análise (BARDIN, 2016).

A análise temática é uma das técnicas analíticas de conteúdo, desenvolvida seguindo a objetividade, a sistematização e a inferência. Segundo Bardin (2016) a sua metodologia é organizada através das seguintes etapas:

1) Pré-análise: fase de organização do material, com leitura fluente, escolha dos documentos, preparação e formulação de hipóteses e objetivos,

2) Exploração do material: sendo análise propriamente dita, com aplicação sistemática das decisões tomadas na fase anterior,

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: com análise dos resultados considerando os significativos, a pesquisadora pode propor inferências e realizar interpretações coerentes com os objetivos previstos.

5. RESULTADOS

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo...” (Paulo Freire, 1997).

A seguir, apresentamos os resultados referentes à análise descritiva do conteúdo dos protocolos de informações, os quais oferecem dados para a caracterização das pessoas participantes e das atividades que compõem o PTS das pessoas usuárias dos serviços. Na sequência, serão detalhadas as categorias emergentes da análise temática realizada a partir do material produzido nas entrevistas, no grupo focal, na atividade com fotografias e com os registros do diário de campo. Sendo as categorias identificadas: Compreensão e Construção do PTS; Estigma e Violência; Cotidiano; Trabalho; Redes, Intersetorialidade e Relações Sociais.

A discussão a seguir está embasada nos referenciais teóricos da saúde mental e da saúde coletiva, com ênfase nesta última, orientando a análise e a interpretação dos achados à luz de seus pressupostos conceituais e críticos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS PARTICIPANTES

Com as informações disponibilizadas pelos respondentes do Formulário de Caracterização das pessoas participantes foi possível organizar os dados que os caracterizam, bem como as atividades que realizam no território. Participaram do estudo 12 pessoas vinculadas a 4 CAPS do município.

O Quadro 1, a seguir, ilustra as informações gerais sobre as pessoas familiares participantes.

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas familiares

Participante	Idade	Raça/Cor	Gênero	Estado civil	Formação	Recebe Benefício Assistencial	Moradia	Vínculo com pessoa usuária
Rosa	59	Branca	Feminino	Divorciada	Graduação	Não	Casa própria	Mãe
Tulipa	46	Branca	Feminino	Casada	Fund. incompleto	Sim, bolsa família	Casa própria	Mãe
Margarida	72	Negra	Feminino	Solteira	Fund. incompleto	Não	Casa própria	Mãe
Jasmim	56	Branca	Feminino	Divorciada	Ensino Médio	Não	Casa própria	Mãe
Jade	67	Parda	Feminino	Viúva	Ensino Médio	Não	Casa própria	Mãe
Iris	61	Negra	Feminino	Viúva	Ensino Médio	Não	Casa própria	Mãe
Dália	59	Parda	Feminino	Divorciada	Graduação	Não	Casa própria	Mãe

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Dentre as informações pessoais descritas no Quadro 1, verifica-se que as 7 participantes são do gênero feminino, mães de pessoas que frequentam o CAPS. A idade variou entre 46 e 72 anos, e em relação à raça/cor, 3 se autodeclararam brancas, 2 negras e 2 pardas.

Quanto ao estado civil das 7 participantes, 1 é casada, 1 solteira, 3 divorciadas, e 2 viúvas. No que se refere às formações, verifica-se que 2 das participantes não concluíram o ensino fundamental, 3 delas concluíram o ensino médio e 2 delas cursaram graduação. Somente 1 participante recebe benefício assistencial (Bolsa Família) e as 7 residem em casa própria.

A compreensão dos conceitos de cor, raça e gênero, bem como suas repercussões no Brasil, não pode ser realizada de forma isolada, uma vez que tais elementos são indissociáveis e determinantes na saúde mental da população, especialmente no contexto dos CAPS (Lins; Rodrigues; Ferreira, 2020). Esses fatores estruturam desigualdades que impactam diretamente a experiência das pessoas usuárias e de seus familiares nos serviços de saúde mental.

A predominância de familiares do gênero feminino, em especial mães, como principais responsáveis pelo cuidado de pessoas em sofrimento psíquico nos CAPS, reforça os achados sobre o perfil dos cuidadores nesses serviços. Tal constatação evidencia uma função social naturalizada e atribuída às mulheres, decorrente de construções sociais de gênero, que acabam sendo reproduzidas tanto nos serviços quanto nas pesquisas (Bustamante; Onocko-Campos, 2020). Esse fenômeno revela a persistência da divisão sexual do trabalho, na qual o cuidado é tradicionalmente visto como uma responsabilidade feminina.

No que se refere à presença das pessoas familiares nos serviços, observa-se que as mulheres são as principais colaboradoras e cuidadoras, representando a maioria dessa população. Essa distribuição se relaciona com a divisão tradicional de funções no ambiente familiar, em que às mulheres é delegada a função do cuidado e aos homens a provisão financeira ou apoio esporádico no cotidiano doméstico (Lins; Rodrigues; Ferreira, 2020). A baixa participação masculina nesse contexto, naturalizada pelas equipes de saúde, impede uma reflexão sistemática sobre a sobrecarga feminina.

Um estudo conduzido por Muylaert, Delfini e Reis (2015), realizado em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ), ilustra essa realidade ao demonstrar que, embora muitas mães de crianças e adolescentes estejam inseridas no mercado de trabalho, essa participação não é acompanhada por uma redistribuição equitativa das responsabilidades domésticas e do cuidado com os filhos. Como resultado, essas mulheres acumulam múltiplas jornadas de trabalho. Dos 921 prontuários analisados nesse estudo, 82% eram de mães com jornada dupla, enquanto, em 93,5% das famílias em que o pai era responsável pela renda, ele não assumia a função de cuidador principal.

Nos serviços de saúde mental voltados para jovens adultos e idosos, a figura feminina no papel de cuidadora se faz presente majoritariamente, representada por mães, esposas, filhas ou avós. Muitas dessas mulheres relatam se sentir sozinhas nessa função, acumulando atividades e negligenciando o próprio autocuidado (Lins; Rodrigues; Ferreira, 2020). A ausência de apoio familiar ou social, somada à falta de compreensão dos demais membros familiares sobre o sofrimento psíquico, contribui para o isolamento e a sobrecarga física e emocional dessas cuidadoras, impactando negativamente sua qualidade de vida (Bustamante; Onocko-Campos, 2020; Lins; Rodrigues; Ferreira, 2020).

Essas dificuldades cotidianas reforçam a responsabilização das mulheres pelas atividades de cuidado e pela reprodução social da família, destacando-se a situação das mulheres de classes sociais mais vulneráveis, frequentemente chefes de família, que enfrentam a desresponsabilização do Estado quanto à proteção social (Lins; Rodrigues; Ferreira, 2020). Diante desse cenário, torna-se imprescindível refletir sobre estratégias que os serviços de saúde mental poderiam adotar para enfrentar essa lógica de desigualdade de gênero.

Uma possibilidade seria ampliar e investir na ambiência dos CAPS, criando condições para que os profissionais incluam esses familiares e os acolham como sujeitos de cuidado (Bustamante; Onocko-Campos, 2020). Outra estratégia seria o desenvolvimento de atividades territoriais, voltadas para pais, irmãos e outros familiares, com o objetivo de promover processos educativos sobre o cuidado e o sofrimento psíquico. Dessa forma, a mobilização dos serviços é essencial, uma vez que a naturalização da sobrecarga da mulher cuidadora implica a perpetuação de uma lógica desigual e prejudicial.

O Quadro 2, a seguir, ilustra as informações gerais sobre as atividades que as pessoas familiares participantes realizam nos seus respectivos territórios.

Quadro 2 - Caracterização das atividades desenvolvidas pelas pessoas familiares

Participante	Trabalho	CAPS	Tempo que frequenta o CAPS	Participa de Associações/Conselhos?	Frequenta outros serviços?	Atividades que participa no CAPS
Rosa	Aposentada	CAPS AD	1 ano	Não	Yoga, Clube do Livro	Grupo de família
Tulipa	Do lar	CAPS AD	07 anos	Não	Atenção Básica (Psicólogo)	Grupo de família
Margarida	Aposentada	CAPS III	27 anos	Sim, Conselho Local de Saúde	Atenção Básica	Grupo de família e Assembleia
Jasmim	Pensionista e Autônoma (Vendas)	CAPS III	11 anos	Não	Atenção Básica, grupo de empreendedor, Igreja	Reunião no CAPS eventualmente, Curso de empreendedor
Jade	Aposentada	CAPS III	30 anos	Não	Atenção Básica	Grupo de família (Não tem tido)
Iris	Do lar	CAPS AD	3 anos	Não	Atenção Básica, Igreja, Projeto assistencial do bairro	Grupo de família, acompanhante em consulta psiquiátrica

Dália	Afastada pelo INSS (Auxílio-doença)	CAPS AD	8 meses	Não	Atenção Básica (Psicólogo)	Grupo de família
-------	-------------------------------------	---------	---------	-----	----------------------------	------------------

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Dentre as informações descritas no Quadro 2, verifica-se que 3 participantes são aposentadas, 1 pensionista e 1 está afastada do trabalho por questões de saúde. Somente 1 entrevistada participa de coletivos como conselhos ou associações. Sobre o tempo que frequentam os CAPS, este variou entre 1 ano e 30 anos. Quanto à frequência em serviços de saúde, 4 delas frequentam a Atenção Básica, eventualmente, para consultas de rotina ou vacinação e 2 delas frequentam semanalmente para cuidados psicológicos.

Das atividades que participam no CAPS associadas ao PTS de seus familiares, 6 delas referem participar do Grupo de Família desenvolvido nos serviços, semanalmente. Contudo, 1 das participantes refere não participar nas últimas semanas do grupo, pois não tem acontecido por falta de adesão dos integrantes para o seu desenvolvimento.

Somente 1 das pessoas familiares refere participar das Assembleias do CAPS. As demais referem que comparecem ao serviço eventualmente, quando sua presença é solicitada pela equipe ou referência do caso e somente 1 familiar acompanha seu filho nas consultas psiquiátricas.

Nesta pesquisa, constatou-se que os grupos de familiares são as atividades de maior adesão entre as disponibilizadas pelos CAPS para os familiares. De acordo com Bustamante e Onocko-Campos (2020), de forma geral, os grupos de familiares desenvolvidos em CAPS, desempenham um papel importante na promoção da saúde dos integrantes, proporcionando um ambiente de apoio e compartilhamento de experiências. No entanto, tendem a ser apresentados como componentes complementares ao PTS, em vez de resultarem de um processo de construção coletiva, dessa forma, configuram-se mais como atividades prescritas do que como espaços de participação ativa, sendo sua inclusão no PTS frequentemente orientada por uma lógica normativa (Bustamante; Onocko-Campos, 2020).

Os referidos autores ainda apontam que a participação das pessoas familiares nos conselhos gestores dos CAPS é limitada, evidenciando um desconhecimento quanto às mudanças nas propostas de cuidado dos serviços e nas diretrizes municipais de atenção psicossocial. Além disso, observa-se uma falta de diálogo entre profissionais e familiares

sobre tais transformações (Constantinidis, 2015; Bustamante; Onocko-Campos, 2020). Essa lacuna se reflete também nas assembleias gerais dos CAPS, nas quais a presença de familiares é praticamente inexistente. Em dois dos serviços acompanhados pela pesquisadora, nenhuma assembleia contou com a participação de familiares, reforçando a dificuldade de envolvimento dessas pessoas nessas instâncias deliberativas.

A literatura corrobora esses achados, ressaltando os grupos de familiares como o principal dispositivo de participação dentro dos CAPS e uma estratégia potente para a inclusão dos familiares no PTS (Constantinidis, 2015; Bustamante; Onocko-Campos, 2020). No entanto, os estudos sobre a presença da família nos serviços de atenção psicossocial tendem a se concentrar em temas como sua importância no processo de cuidado, a sobrecarga decorrente da assistência a pessoa usuária e sua ausência na rotina dos serviços. Exploram pouco as atividades em que os familiares efetivamente participam na construção do PTS.

Landim *et al.* (2019) sugerem que a ampliação das atividades terapêuticas nos CAPS, especialmente dos grupos de familiares, por ser uma estratégia eficaz para fortalecer sua participação no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Nesse estudo com 17 profissionais entrevistados, os autores apontam ainda que a existência dos grupos de familiares, aliada à disponibilidade dos profissionais durante o acolhimento diurno das pessoas usuárias, favorece fortemente a participação ativa dos familiares nas discussões sobre os PTS.

Constantinidis, (2017), em pesquisa realizada em CAPS na cidade de Vitória–ES, identificou que os familiares eram convidados a participar de diversas atividades terapêuticas, incluindo oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, terapia multifamiliar para discussão de dinâmicas familiares, grupos de debate sobre temas trazidos pelos próprios e assembleias gerais do CAPS. Além disso, quando necessário, os familiares eram acolhidos e direcionados para atendimentos individuais, predominantemente psicoterapêuticos ou voltados à orientação pontual.

Corroborando essa perspectiva, Vasques e Bernardino (2019) destacam que a terapia familiar, além dos grupos de familiares, constitui um recurso essencial nos serviços de saúde mental, uma vez que oferece suporte psicológico a eles e fortalece os vínculos entre as pessoas usuárias e suas redes de apoio. Essa interação é fundamental, pois a presença de pessoas familiares engajadas pode contribuir para a continuidade do

cuidado e no caso das pessoas usuárias que fazem uso de substâncias psicoativas promove a redução de recaídas.

Diversos autores (Constantinidis, 2017; Landim *et al.*, 2019; Vasconcelos, 2021) enfatizam que a criação de espaços estruturados para a escuta e o acolhimento dos familiares, além de sua capacitação para lidar com o sofrimento psíquico da pessoa usuária, são elementos-chave para impulsionar sua participação no PTS. Essa estratégia não apenas favorece o envolvimento familiar no planejamento terapêutico, mas também fortalece o protagonismo das pessoas usuárias em seus processos de cuidado (Constantinidis, 2017; Vasques; Bernardino, 2019; Landim *et al.*, 2019). Contudo, os serviços precisam estar atentos para a promoção de práticas que considerem a pessoa familiar como sujeito alvo do cuidado, não somente como um coadjuvante no cuidado da pessoa usuária, caso contrário as práticas continuarão seguindo abordagens normativas e desconsiderando toda a sobrecarga e desencontro de perspectivas das pessoas familiares.

O Quadro 3, a seguir, ilustra as informações gerais sobre as pessoas usuárias participantes.

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica das pessoas usuárias

Participante	Idade	Raça/ Cor	Gênero	Estado civil	Tipo de moradia	Formação	Recebe Benefício
Pelé	43	Negro	Masculino	Solteiro	Residência de familiares com mãe, irmãos, sobrinhos	Fund. incompleto	Não
Dudu	47	Branco	Masculino	Divorciado	Pensão, sozinho	Graduação	Não
Zico	55	Branco	Masculino	Divorciado	Residência própria, com filhas.	Fund. incompleto	Sim, Bolsa Família
Vini	62	Pardo	Masculino	Casado	Residência de familiares com filho e nora.	Ensino Médio	Sim, Bolsa Família
Ronaldo	30	Pardo	Masculino	Solteiro	Residência de familiares com mãe e irmão.	Ensino Médio	Não

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Dentre as informações pessoais descritas no Quadro 3, verifica-se que os 5 participantes são do gênero masculino. A idade variou entre 30 e 62 anos, e quanto à raça/cor, 2 se autodeclararam brancos, 2 pardos e 1 negro.

Em relação ao estado civil dos 5 participantes, 1 é casado, 2 solteiros e 2 divorciados. No que se refere às formações, verifica-se que 2 dos participantes não concluíram o ensino fundamental, 2 deles concluíram o ensino médio e 1 deles concluiu o ensino superior. Dos 5 participantes, dois deles recebem benefício assistencial pelo Bolsa Família e 1 deles mora em residência própria, 1 em pensão e os outros 3 residem na casa de familiares.

A predominância das pessoas usuárias do gênero masculino levanta uma questão sobre o perfil das pessoas usuárias que frequentam o CAPS. Trevisan e Castro (2017), ao examinarem 17 estudos em uma revisão voltada à descrição deste perfil, constataram diferenças expressivas entre os públicos atendidos. Nos CAPS I, II e III, direcionados ao cuidado de indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, observou-se a predominância de mulheres, situadas na faixa etária de 28 a 43 anos. Por sua vez, nos CAPS AD voltados ao cuidado de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, verificou-se uma maioria de homens e solteiros. Já na revisão de Silva, N. *et al.* (2017), dos 17 artigos analisados constatou-se que as pessoas usuárias dos CAPS eram a maioria do sexo masculino, solteiros, e a idade média era de 34,2 anos.

A investigação do perfil epidemiológico, baseada em dados de 5.082 pessoas usuárias de três CAPS em um município da região Sul do Brasil, no período de 2014 a 2020, revelou distinções relevantes entre os perfis das pessoas usuárias de cada modalidade de serviço. Nos CAPS II, voltados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, predominavam indivíduos do sexo feminino, com idades entre 20 e 59 anos. Já no CAPS AD, voltado ao cuidado das pessoas usuárias de substâncias psicoativas, a maioria era composta por homens, na mesma faixa etária. Por fim, entre os frequentadores dos CAPS Infantojuvenil, destacou-se a prevalência de adolescentes do sexo masculino, com idades entre 11 e 18 anos (Grillo *et al.*, 2023).

Neste estudo, a composição do grupo de usuários reflete o cotidiano dos serviços analisados, uma vez que, dos cinco participantes, três eram pessoas usuárias do CAPS AD, fato que justifica a ausência da participação de mulheres entre os participantes. Esses dados corroboram levantamentos recentes sobre o perfil demográfico das pessoas

usuárias, que consistentemente apontam a menor representatividade feminina nos CAPS AD, bem como os achados de Colato (2022), que evidenciou que dos 12 CAPS analisados no mesmo município do interior de São Paulo, em que o atual estudo foi conduzido, os homens representavam a maioria da demanda em 11 destes serviços, e as mulheres representam a maioria somente em 1 deles, enquanto a população LGBTQIA+ foi apontada como a minoria na maioria dos serviços.

Conforme destaca a literatura, a desigualdade de gênero, influenciada por estereótipos sociais, impõe expectativas e comportamentos diferenciados para homens e mulheres, resultando em experiências distintas no enfrentamento do sofrimento psíquico. No contexto dos CAPS AD, a baixa prevalência de mulheres é atribuída, na maioria, ao estigma social que recai sobre aquelas que apresentam dependência de álcool ou outras drogas, frequentemente responsabilizadas pelo próprio adoecimento. Esse preconceito reforça um ciclo marcado por sentimentos de vergonha, medo, baixa autoestima e limitada autonomia, dificultando a busca por assistência adequada (Silva, N. *et al.*, 2017).

Esse cenário suscita uma reflexão crítica: enquanto as mulheres constituem a maioria nos serviços de saúde mental na função de cuidadoras, sua presença como sujeitos de cuidado é muitas vezes invisibilizada, perpetuando a negligência em relação às suas necessidades específicas. Tal constatação reafirma as proposições de Lins, Rodrigues, Ferreira (2020) e Bustamante, Onocko-Campos (2020), evidenciando a urgência de políticas públicas voltadas à equidade de gênero no acesso e na atenção em saúde mental.

A análise dos dados revelou a predominância de indivíduos que se autodeclararam pardos e negros em relação à população branca. Embora a representatividade estatística desses achados seja limitada devido ao tamanho da amostra, eles podem contribuir para futuras investigações sobre a relação entre raça e saúde mental nos CAPS. Conforme destacado por Silva, N. *et al.* (2017), apesar do crescente interesse pelos impactos psicossociais da raça na saúde mental brasileira, a produção científica sobre o tema ainda é escassa.

Historicamente, a população negra representou a maioria da população trancada nos hospitais psiquiátricos e atualmente encontra-se em situação de vulnerabilidade nos serviços de saúde mental. Entretanto, assim como ocorre em outros setores da rede de saúde, há uma ausência de sistematização da variável raça/cor nesses espaços, o que contribui para a escassez de dados sobre a temática (Silva, N. *et al.*, 2017; David;

Vicentin, 2020). Essa lacuna se evidencia no estudo de Silva, N. *et al.* (2017), em que somente 18% dos artigos analisados incluíram a variável racial na caracterização das pessoas usuárias. Nesses estudos, a população negra representava 77,5% dos atendidos em um município da Paraíba, 27,4% em um município de São Paulo e 29,1% em um município do Rio Grande do Sul, demonstrando variações regionais que merecem maior aprofundamento investigativo.

Corroborando essa ausência de dados, Sapatini, Traldi e Silva K. (2024) analisaram 346 prontuários de pessoas usuárias atendidas em CAPS do interior de São Paulo e verificaram discrepâncias na distribuição racial e de gênero. Entre as mulheres, 53% eram brancas, 36% pretas e 6% pardas. Já entre os homens, 45% eram pretos, 39% brancos e 12% pardos. Além disso, em 5% dos prontuários de ambos os gêneros, a informação racial estava ausente, apesar de sua obrigatoriedade segundo diretrizes do Ministério da Saúde para os profissionais da RAPS.

A ausência de sistematização da variável racial nos serviços de saúde mental reflete não apenas uma falha administrativa, mas também uma omissão estrutural que impede o reconhecimento das desigualdades raciais na sociedade atual. Essa negligência contribui para a perpetuação das iniquidades sociais e do racismo institucional, operando como se a invisibilização dessas desigualdades pudesse eliminá-las. Os efeitos das discriminações raciais, ao permanecerem ausentes das discussões e práticas em saúde, comprometem a formulação de políticas públicas voltadas à população negra no SUS, especialmente no âmbito da saúde mental.

Ao desconsiderar as experiências históricas da população negra e parda, marcadas por preconceito, exclusão, abandono e distanciamento social, os profissionais de saúde mental não apenas deixam de abordar determinantes sociais fundamentais para o sofrimento psíquico, como também contribuem para a reprodução do racismo estrutural na sociedade brasileira (David e Vicentin, 2020). Esse distanciamento compromete um dos pressupostos estruturantes do PTS: a consideração da singularidade do indivíduo em seu contexto sociocultural.

Dessa forma, torna-se imperativo que a política de saúde mental avance para além das recomendações ministeriais já existentes, implementando estratégias concretas que promovam a incorporação da variável racial nos registros e práticas dos serviços de saúde. Além disso, é essencial incentivar a produção acadêmica voltada a intersecção entre raça

e saúde mental, a fim de subsidiar a formulação de ações mais eficazes e promover uma abordagem verdadeiramente equitativa no cuidado psicossocial.

Quanto à escolaridade, o fato de somente uma das pessoas usuárias terem concluído curso de nível superior corrobora os achados em relação à educação dos usuários de CAPS que apontam o baixo nível de escolaridade entre eles (Trevisan; Castro, 2018; Grillo *et al.*, 2023). Silva, N. *et al.* (2017) entre seus achados apontam que nas caracterizações das pessoas usuárias encontradas, 9% eram analfabetos, 55% frequentaram ensino fundamental, 19% frequentaram ensino médio e apenas 4% estiveram no ensino superior e em outros 13% dos artigos estes aspectos não foram abordados.

Consequentemente, estas pessoas usuárias com pouca formação profissional têm maiores dificuldades para encontrar emprego, encontram-se desempregadas, em trabalhos informais ou em trabalhos com mão de obra de fácil substituição (Trevisan; Castro, 2018; Grillo *et al.*, 2023). Silva, N. *et al.* (2017) identificaram que a maioria deles (36%) encontrava-se desempregada ou sem ocupação, 16% recebiam algum tipo de benefício assistencial ou eram aposentados e 24% encontravam-se na situação de assalariado, autônomo ou desempenhando trabalho informal.

Dados que vão ao encontro dos achados deste estudo em que a maioria das pessoas usuárias não desenvolvem atividades trabalhistas no momento, como apresentado no Quadro 4, a seguir, entretanto, a baixa escolaridade é vista somente como um dos fatores que impactam na dificuldade de acesso ao trabalho sofrida pelas pessoas usuárias de saúde mental.

Quadro 4 - Caracterização das atividades cotidianas das pessoas usuárias

Participante	CAPS	Tempo que frequenta o CAPS	Trabalha	Participa de Associações/ Conselhos	Frequenta outros serviços/espacos?
Pelé	CAPS III	3 anos	Não, deixou de trabalhar quando adoeceu	Não	Sim, PSF
Dudu	CAPS AD	4 anos	Não, desempregado	ONGs (NA e Amor exigente)	Sim, as ONGs e futebol e vôlei no bairro
Zico	CAPS AD	3 anos	Sim, autônomo	Não	Não, somente o CAPS
Vini	CAPS AD	3 anos	Sim, porém afastado	Não	Sim, Atenção Básica ("Postinho") + futebol no bairro + CRAS
Ronaldo	CAPS III	10 anos	Não, deixou de trabalhar quando adoeceu	Não	Centro de saúde, futebol no bairro e Igreja

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Em relação ao trabalho verificou-se que três dos participantes não estavam empregados no momento da pesquisa. Todos os entrevistados relataram experiências profissionais prévias; entretanto, dois deixaram de trabalhar após episódios de crise em saúde mental, um apresenta recorrência no desemprego e outros dois estavam trabalhando. Esses dados evidenciam um número relativamente baixo de pessoas usuárias inseridas no mercado de trabalho, seja ele formal ou informal.

O impacto do adoecimento mental na trajetória profissional é significativo e reflete na baixa taxa de inclusão de pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho. Diversos fatores podem contribuir para essa realidade, incluindo barreiras psicológicas e sociais, como o estigma por parte dos empregadores, a falta de suporte e orientação vocacional (Martini *et al.*, 2019; Leão; Lussi, 2021) e o estigma internalizado que pode inibir a busca ativa por oportunidades de trabalho (Leão; Lussi, 2021).

Um estudo realizado por Martini *et al.* (2019), com dez homens e uma mulher com adoecimento psíquico, com idades entre 23 e 45 anos, revelou que, apesar de apenas três participantes não terem concluído o ensino médio e três possuírem ensino superior

completo, a maioria das experiências laborais anteriores exigia baixa qualificação profissional. No momento da entrevista, a maioria dos participantes estava desempregada e aqueles que trabalhavam o faziam em atividades vinculadas à família ou a redes de suporte. Apenas três estavam buscando emprego ativamente, enquanto outros três recorriam a benefícios previdenciários como estratégia de obtenção de renda.

Diante das dificuldades enfrentadas por pessoas em sofrimento psíquico para se inserirem no mercado de trabalho, a Economia Solidária surge como uma alternativa viável para promover a inclusão social por meio do trabalho. Essa modalidade permite a participação de grupos de pessoas diversas em uma metodologia baseada na autogestão e no cooperativismo. No estudo de Morato e Lussi (2015), que analisou 11 iniciativas de Economia Solidária no interior de São Paulo, constatou-se que a maioria dos envolvidos eram pessoas usuárias de serviços de saúde mental e frequentadores de CAPS.

As iniciativas de geração de trabalho e renda são ambientes acolhedores, que respeitam as singularidades das pessoas, não são exclusivas para pessoas usuárias de saúde mental e favorecem o desenvolvimento do valor social dos participantes. Assim, a Economia Solidária é considerada uma estratégia relevante para a atenção psicossocial. No entanto, Morato e Lussi (2019) identificaram fragilidades nessas iniciativas, como a instabilidade da renda gerada, que, além de ser irregular, é inferior ao salário-mínimo vigente no Brasil. Esses desafios apontam a necessidade de estruturar e fortalecer políticas de incentivo para garantir a sustentabilidade dessas estratégias.

No presente estudo, nenhuma das pessoas usuárias participantes relatou envolvimento atual em iniciativas de geração de trabalho e renda, com exceção de um familiar participante. Este achado somado a baixa taxa de inclusão de pessoas com sofrimento psíquico no mercado de trabalho (Martini *et al.*, 2019), evidencia a necessidade de ampliação de estratégias de incentivo à inserção social dessa população por meio do trabalho.

Diante desse cenário, no âmbito da RAPS e da construção do PTS, é essencial que o trabalho seja reconhecido como um eixo central da atenção psicossocial e que o acesso a oportunidades laborais, seja garantido como um direito fundamental, quando for do interesse da pessoa usuária. Assim, a participação do sujeito no trabalho, considerando que este seja um dos objetivos do PTS, deve ocorrer de forma autônoma, respeitando as

capacidades e particularidades de cada indivíduo, assegurando sua participação social e o pleno exercício de cidadania.

Dentre as outras informações do Quadro 4 constata-se em relação à modalidade de CAPS: 3 deles frequentam CAPS AD e outros 2 CAPS III. Quanto ao tempo que frequentam os serviços, este variou entre 3 anos e 10 anos. Somente 1 entrevistado participa de coletivos como conselhos, associações ou grupo de apoio. Quanto aos serviços da rede de saúde que as pessoas usuárias frequentam em seu cotidiano, 3 participantes frequentam a Atenção Básica eventualmente, principalmente para consultas de rotina ou vacinação. Outros 2 participantes comparecem mensalmente, sendo que um realiza acompanhamento regular para questões clínicas e o outro realiza hemogramas periodicamente.

Observa-se ainda que um dos participantes utiliza exclusivamente o CAPS. Em relação à rede intersetorial, a participação das pessoas usuárias também se mostrou limitada. Apenas 3 delas relataram praticar esportes em seus bairros, uma delas afirmou frequentar a igreja regularmente, e apenas uma mencionou acessar o CRAS.

Esses dados indicam que a intersetorialidade ainda se mostra pouco presente no cotidiano das pessoas usuárias e, conseqüentemente, em seus PTS. A principal rede acessada por esses indivíduos é a de atenção à saúde, englobando a saúde mental e a atenção básica. No entanto, redes fundamentais para a garantia da integralidade do cuidado, como a assistência social, permanecem subutilizadas. Esse cenário se agrava quando se considera que a maioria dos participantes se encontra em situação de desemprego, mas apenas dois deles recebem benefícios assistenciais, como o Bolsa Família.

Esta constatação suscita questionamentos sobre as razões pelas quais três participantes: dois que, em episódios de agravamento do sofrimento psíquico, permanecem em situação de rua e um que não acessa o Benefício de Prestação Continuada (BPC), apesar de ter direito, não mencionam o CRAS ou o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) como parte de seus PTS. Isso poderia indicar uma falha na elaboração dos PTS por não incluir esses serviços? Seria um reflexo do desconhecimento das pessoas usuárias sobre seus direitos? Ou seria uma consequência das barreiras de acesso aos serviços intersetoriais?

A intersectorialidade é um conceito central na construção de redes de cuidado, pois representa a articulação entre diferentes setores, como saúde, assistência social, educação, trabalho e segurança, para promover um cuidado integral e resolutivo (Leal; Antoni, 2013; Zanardo *et al.*, 2024). A relevância dessa abordagem está presente em normativas como a Portaria GM nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS com o objetivo de ampliar o acesso e a continuidade do cuidado em saúde mental, e a Política Nacional de Atenção Básica, de 2012, que reforça a necessidade da gestão ampliada do cuidado nos serviços de atenção primária (Brasil, 2011; 2012; Taño; Matsukura, 2019). Entretanto, os achados deste estudo demonstram que, embora bem fundamentada nas políticas públicas, a intersectorialidade ainda enfrenta desafios em sua implementação prática nos serviços e territórios.

Uma pesquisa realizada por Zanardo *et al.* (2024) no interior do Rio Grande do Sul, na qual foram entrevistados 11 profissionais atuantes em CAPS, demonstrou que o PTS tem potencial para estimular a participação social e a articulação intersectorial. Entretanto, foram identificadas dificuldades significativas na implementação de redes intersectoriais, especialmente no que se refere à integração com os setores de educação, cultura e trabalho. Apesar de algumas articulações pontuais bem-sucedidas com a assistência social e o sistema jurídico, ainda há um distanciamento entre os CAPS e outras redes fundamentais para a garantia da integralidade do cuidado.

As barreiras que dificultam a promoção da intersectorialidade estão associadas a diversos fatores, incluindo a insuficiência de recursos humanos e estruturais, a resistência de setores intersectoriais em atender pessoas frequentadoras dos serviços de saúde mental, a reprodução de práticas institucionalizadas que restringem o atendimento no CAPS e a falta de comunicação entre os serviços. Para superar esses desafios, é necessário um conjunto de estratégias, como o fortalecimento da rede de cuidados, a ampliação das políticas públicas e o investimento na capacitação dos profissionais (Zanardo *et al.*, 2024).

A intersectorialidade se concretiza por meio da participação de diferentes atores sociais na formulação e execução de ações voltadas à resolução de problemas reais. Esse processo envolve a articulação de distintos campos do conhecimento e a construção de alternativas de cuidado baseadas na corresponsabilização entre os serviços. Nesse sentido, a colaboração entre os setores possibilita o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a promoção da autonomia e inclusão social das pessoas usuárias (Leal; Antoni, 2013;

Zanardo *et al.*, 2024). Taño e Matsukura (2019) destacam que a corresponsabilização promove relações horizontalizadas entre as equipes, incentivando a reflexão coletiva, a troca de experiências e a formulação conjunta de estratégias de cuidado.

A articulação intersetorial é fundamental para o fortalecimento do PTS enquanto dispositivo territorial, pois possibilita que as ações sejam estruturadas a partir do contexto de vida da pessoa usuária e das demandas específicas de seu território. No entanto, os achados deste estudo indicam que, na prática, o PTS ainda não tem contemplado integralmente a intersetorialidade dentro de suas propostas de cuidado articulando ações e atividades no interior dos CAPS. Enquanto a intersetorialidade não for reconhecida como um dos eixos centrais na formulação dos PTS, continuará sendo possível identificar, nos serviços, projetos terapêuticos limitados, ou restritos aos CAPS.

Ao descreverem as atividades que compõem seus PTS, as pessoas usuárias relataram exclusivamente ações desenvolvidas no interior dos CAPS. As oficinas terapêuticas (música, pintura, jardinagem, futebol no bairro) foram atividades mais citadas, em seis ocasiões, seguidas dos atendimentos psiquiátricos, mencionados cinco vezes. Grupos de referência e assembleias apareceram quatro vezes cada, enquanto permanência em leito, grupos de redução de danos e atendimentos psicológicos foram citados três vezes cada. Por fim, atendimento de referência individualizado, grupos de terapia ocupacional e atividades de ambiência foram mencionados apenas uma vez cada.

Estes dados evidenciam a utilização das atividades como componentes do 'cardápio de atividades' comumente ofertado nos CAPS, ou seja, um conjunto de práticas desenvolvidas no interior dos serviços e presentes no cotidiano das pessoas usuárias. Embora tais atividades possam desempenhar um papel importante na constituição de vínculos, na ampliação das relações sociais e na implementação de projetos de vida, sua centralidade torna-se problemática quando o PTS é reduzido a esse conjunto padronizado, ao invés de ser construído a partir das necessidades, desejos e singularidades de cada sujeito (Nicácio; Campos, 2004; Constantinidis, 2017).

Os estudos sobre as práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPS indicam que a maioria das atividades terapêuticas ocorre, predominantemente, dentro dos espaços institucionais (Constantinidis, 2017; Silva, N. *et al.*, 2020; Frazatto; Fernandes, 2021), como evidenciado nos achados desta pesquisa. Essa centralização das práticas dentro dos serviços levanta preocupações entre pesquisadores, que alertam para os riscos de uma

abordagem excessivamente institucionalizante. Tal modelo pode contribuir para a cronificação das pessoas usuárias, e está em desconforto com os princípios da atenção psicossocial, que preconiza o desenvolvimento de práticas territoriais. A proposta de um cuidado territorializado visa não apenas estimular a participação social desses indivíduos na comunidade, mas também promover o reconhecimento e a interação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico.

As oficinas terapêuticas emergem como a principal atividade desenvolvida nos CAPS, conforme demonstrado nesta pesquisa. No entanto, observa-se que apenas a oficina de futebol ocorre no território, enquanto as demais permanecem restritas ao espaço institucional. Esse cenário evidencia a necessidade de expandir a realização dessas atividades para além dos CAPS, favorecendo a construção de redes de cuidado no território e a integração das pessoas usuárias na comunidade. Além disso, é fundamental que essas oficinas sejam elaboradas de forma participativa, garantindo o protagonismo das pessoas usuárias no processo de planejamento e execução das atividades, de modo que elas atendam efetivamente às suas necessidades e interesses (Constantinidis *et al.*, 2017; Frazatto; Fernandes, 2021).

A pesquisa de Frazatto e Fernandes (2021) reforça essa problemática ao evidenciar que 40% das pessoas usuárias do serviço não demonstravam interesse nas atividades terapêuticas oferecidas pela equipe. Além disso, os participantes que aderiam às oficinas, frequentemente, não as percebiam como atividades significativas, o que sugere um processo de adesão passiva, decorrente de práticas impostas e pouco alinhadas às suas preferências. Diante desse cenário, a equipe passou por um processo de revisão dos PTS, buscando identificar novas atividades que melhor correspondessem aos interesses das pessoas usuárias. Como resultado, foram implementadas oficinas terapêuticas mais atrativas e contextualizadas, que extrapolaram os limites físicos dos CAPS, ampliando as possibilidades de engajamento das pessoas usuárias e fortalecendo sua participação ativa no território.

Entre as intervenções terapêuticas que compõem o PTS neste estudo, os atendimentos psiquiátricos foram citados por todas as pessoas usuárias, que também relataram o uso de medicação psicotrópica e participação em outras atividades com a equipe interdisciplinar. Esses achados estão em consonância com o estudo de Onocko-Campos *et al.* (2018), que, por meio de uma pesquisa transversal realizada pelo

AcessaSUS, entrevistou 917 pessoas acompanhadas nos CAPS de Campinas, São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza. O estudo revelou que entre 90% e 100% das pessoas usuárias relataram atendimento psiquiátrico e uso de medicação, geralmente associados ao atendimento multiprofissional e à participação em grupos terapêuticos.

Os autores referidos identificaram que a proporção de pessoas usuárias atendidas individualmente por psiquiatras nos CAPS foi de 93% em Campinas, 92% em Fortaleza, 99% em Porto Alegre e 94% em São Paulo. Já os atendimentos individualizados realizados por outros profissionais, como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais, foram relatados por 100% das pessoas usuárias em Campinas, 45% em Fortaleza, 73% em Porto Alegre e 90% em São Paulo.

Nesta pesquisa, assim como no estudo de Onocko-Campos *et al.* (2018), observa-se uma predominância de práticas individualizadas direcionadas pelo paradigma biomédico no contexto dos CAPS. Segundo Kinker (2016), tal predominância pode comprometer a elaboração de PTS ao torná-lo incapaz de abranger a complexidade do sofrimento psíquico. Isso porque a ênfase segmentada em fatores biológicos, psicológicos ou sociais tende a fortalecer uma lógica reducionista, que busca normatizar a vida em detrimento de sua produção singular, objetivo central que deveria orientar o PTS.

Após a apresentação dos dados provenientes dos Formulários de Caracterização das pessoas participantes, serão expostas, a seguir, as categorias temáticas emergentes, construídas a partir da análise do material empírico obtido por meio das entrevistas individuais, grupo focal, diário de campo e atividade com fotografias.

Categorias temáticas oriundas dos encontros com as pessoas participantes

5.2 COMPREENSÃO E CONSTRUÇÃO DO PTS

As pessoas familiares associam o PTS a um projeto de cuidados em saúde, incluindo, prioritariamente, atividades desenvolvidas nos CAPS. Essa compreensão aparece acompanhada de uma variação terminológica, na qual projeto terapêutico singular é frequentemente enunciado como projeto terapêutico, tratamento, plano de tratamento ou projeto de tratamento.

O projeto de tratamento? Ele é construído com minha filha, porque ela já tem 28 anos de idade [...] O terapeuta ocupacional que é mais próximo dela, na verdade, tem três que são mais próximos dela, mas acho que é o J. quem decide mesmo com ela tudo que ficou combinado de fazer no CAPS (Tulipa)⁵

O projeto terapêutico fracassou muito depois dessa doença [pandemia] ficou bem fraco, meu filho frequentava o ambulatório da Unicamp e na hora da crise vinha aqui, mas entendemos que isso não estava dando certo. O projeto dele hoje é: passar na psiquiatria uma vez por mês e vai na Assembleia às vezes, mas é somente isso, fica muito dentro de casa. E eu participo da assembleia e grupo de família quando têm, mas as outras famílias, a gente nem vê no CAPS (Margarida).

As coisas ficaram mais difíceis, porque, quando meu marido estava vivo, observávamos algumas coisas combinadas no tratamento aqui do CAPS, que ele não concordava, então ele vinha conversar com a médica e me ajudava também no dia a dia (Jade).

A Associação terminológica realizada pelas pessoas familiares observada inicialmente no estudo piloto, alertou a pesquisadora sobre a necessidade da utilização dos sinônimos nos instrumentos para elucidação de possíveis dúvidas dos participantes. Essa orientação foi reforçada por um registro do diário de campo:

*Muito cuidadosamente disse, a irmã de uma das pessoas usuárias:
- Você precisa explicar melhor sobre esse PTS, porque por esse nome elas não vão saber! Não vão saber do que se trata, precisa usar nomes parecidos, sabe? Explicar como você explicou para gente (Diário de Campo, janeiro de 2024).*

⁵ Os trechos discursivos foram editados para a norma padrão, sem modificação em seu conteúdo, visando melhor compreensão e redução dos vícios de linguagem.

Segundo as mães, o projeto terapêutico singular é construído no CAPS junto à equipe, ou com um dos técnicos de referência que acompanha a pessoa usuária e, posteriormente, elas são informadas sobre as ações contratadas e combinadas. Essa dinâmica é descrita a seguir:

Normalmente a referência é quem organiza mais esse cuidado, o que vai ser feito, verifica as coisas que estão precisando e discute com nossos filhos, depois a gente fica sabendo, eles mesmos falam para gente (Jade).

Tem a E. e a R. que são da enfermagem e o J. que é terapeuta ocupacional, eles são o trio de referência dela e decidem com ela o que vai ser feito e depois eles me passam algumas coisas. Mas ela é difícil viu?! Não quer nada (Tulipa)!

As mães (Jasmim, Margarida, Jade e Iris) referem que os profissionais presentes nas construções desses projetos são, em geral, os profissionais de referência. Eles são profissionais mais próximos no cotidiano, oriundos de diversas modalidades: psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e assistentes sociais. Jade e Rosa especificam como ocorrem esses contatos:

Essas coisas do tratamento, ou outras coisas do dia a dia que preciso falar sobre o paciente é com as referências [...] estes dias eu vim falar com a referência do Romário acho que ela é psicóloga sobre medicação e pedi para falar que eu preciso falar com a médica, ela ficou de marcar, mas demora viu (Jade)!

Ele frequenta o grupo de redução de danos, o de referência e a psicóloga toda semana, além do grupo que o E. faz com família. Eu não pedi nada mesmo, porque eu nem sabia que tinha essas opções [propostas terapêuticas] no CAPS. Então, foi construído pela equipe mesmo e depois [...] o psiquiatra e psicóloga me chamaram para uma reunião contando os combinados e me convidando para o grupo de família (Rosa).

Em contraste com esses relatos, Margarida refere ter participado ativamente da elaboração do projeto terapêutico singular do filho, bem como dos processos decisórios, afirmando que o projeto atual é resultante de uma discussão coletiva entre a equipe do CAPS, pessoa usuária e familiar:

Ele se tratava na Unicamp, mas na hora que precisava mesmo, na hora da crise ele procurava e ficava no CAPS. Então, ele frequentava a Unicamp e dizia ver tantas coisas ruins, no campo de doença, que saía de lá pior do que chegava. Então, foi quando conversamos: a equipe

do CAPS, ele e eu. O pessoal do CAPS queria saber se nós concordávamos, mas principalmente se ele concordava estar mais no CAPS e a gente concluiu que isso seria melhor (Margarida).

Eu participo das decisões e ele também, sempre fala se quer ficar, mas quando não quer, eu não vou obrigar entendeu? Ninguém pode obrigá-lo! Nem eu, nem ninguém pode obrigá-lo! Está certo que ele é assim [...], mas é uma pessoa boa, do bem, às vezes as pessoas ignorantes não entendem, mas ele não é violento com ninguém, seria mais fácil fazer a maldade para ele mesmo (Margarida).

Contudo, a mesma participante, com sua vivência de cerca de 30 anos em serviços de saúde mental, avalia criticamente o afastamento atual das pessoas familiares, relatando um processo de abandono do cuidado por essas pessoas, tanto no cotidiano dos serviços quanto na participação nesta pesquisa.

Sobre as famílias a participação está muito ruim. O familiar não participa! Hoje, quantos combinaram de estar aqui e olhe em quantos estamos. Nunca deixei de comparecer em algo fosse de bom para o meu filho, o que fosse, nunca! E isso é uma coisa que a gente debate, muito ruim! Eu sou de uma época que o familiar participava mesmo, quando não era nem CAPS, lutamos aquela época, para criar o serviço e para construir junto, nos reuníamos, protestávamos, me pergunto o que aconteceu com essas pessoas? Por exemplo, a senhora ainda tá aqui querendo ouvi-las? E elas desistiram, abandonaram? Porque os usuários continuam no serviço [...] imagine se a gente não tivesse mudado a forma de tratar, quantas moradias [residências terapêuticas] teríamos hoje (Margarida)?

Somando a essa colocação, o diário de campo ilustra um cenário de pouca ocupação das pessoas familiares nos CAPS, aspecto inclusive reforçado pela fala de dois coordenadores dos serviços, como revelam os excertos a seguir:

Hoje a coordenadora do CAPS A me disse que está muito difícil encontrar um familiar para participar da pesquisa, porque eles não estão no serviço rotineiramente para serem convidados e quando feito o contato telefônico referem que não têm disponibilidade antes mesmo de ouvir a proposta (Diário de campo, fevereiro de 2024).

O coordenador do CAPS B me disse que eles [familiares] estão cansados de participar de pesquisa, porque são pouco os familiares que colaboram nos estudos, que estão de fato no serviço para serem convidados, então acabam sendo as mesmas pessoas sempre. Pessoas estas, que já tem uma rotina bastante atarefada (Diário de campo, fevereiro de 2024).

Os excertos das mães e as observações registradas no diário de campo evidenciam que suas participações na construção do PTS encontram-se reduzidas e limitadas. Esses elementos sinalizam um distanciamento entre o que se realiza na prática e o que preconizam as diretrizes da Atenção Psicossocial, apontando para a necessidade de problematizar como os serviços têm incorporado, ou restringido, o papel das pessoas familiares no cuidado. É nesse ponto que a reflexão teórica se torna fundamental para iluminar os limites e as potencialidades do PTS como dispositivo democrático de cuidado.

Um aspecto importante de ser elucidado é que, neste estudo, o PTS é compreendido pelas pesquisadoras como um dispositivo com potencial para transformar relações, promover encontros e abrir espaços para novas experiências e possibilidades (Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022; Depole *et al.*, 2022). Contudo, os resultados evidenciam que, no momento de sua elaboração nos serviços, ele frequentemente se configura como um instrumento técnico-operacional restrito a uma função protocolar, voltado à organização de atividades no interior de uma rotina institucional, o que limita seu potencial singular e efetivamente participativo.

A literatura indica que a construção do PTS deve integrar saberes diversos, sendo coproduzido com os profissionais do CAPS, pessoas usuárias e familiares em relações horizontais. Essa articulação desenvolvida em diálogo mútuo desencadeia a corresponsabilização, promove a democratização do cuidado e fomenta a participação social, contribuindo para um modelo com práticas centrado na singularidade dos sujeitos e nos seus projetos de vida (Brasil, 2008; Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022; Depole *et al.*, 2022). O PTS constitui-se como um processo coletivo e dinâmico que deve ser desenvolvido com as pessoas e não para as pessoas, valorizando seus desejos, opiniões, necessidades e história de vida (Depole, 2018; Depole *et al.*, 2022).

Entretanto, exceto pela experiência de Margarida, os discursos evidenciam que a comunicação entre equipe e as pessoas familiares é predominantemente unilateral, marcada por elaborações e decisões previamente tomadas e pela ausência de espaços de diálogo construtivo. Nesse contexto, o protagonismo das pessoas familiares permanece limitado, e suas vozes tendem a ser mediadas ou silenciadas no cotidiano dos serviços. Esses achados são descritos por Rossi e Cid (2019), que, ao analisarem as narrativas de familiares de adolescentes atendidos em um CAPS IJ, identificaram a ausência de espaços de escuta e diálogo entre as pessoas familiares e profissionais, exceto pelos momentos em

que normalmente as pessoas familiares recebem orientações sobre o tratamento e cuidados dos filhos, revelando uma prática ainda centrada pouco sensível às experiências e demandas das pessoas familiares, conforme apontado por outros estudos que investigam esta temática (Constantinidis; Andrade, 2015; Bustamante; Onocko-Campos, 2020).

Na mesma direção, Constantinidis (2017) evidencia que, nos CAPS, as relações entre profissionais e pessoas familiares continuam permeadas por tensões e desconfianças recíprocas, o que limita a corresponsabilização e o reconhecimento da família como parceira efetiva no cuidado. A autora observa que muitos profissionais percebem os familiares como distantes do modelo idealizado de participação, o que favorece seu afastamento dos projetos terapêuticos e a persistência de práticas tutelares e verticalizadas. Esses achados indicam que, mesmo em contextos institucionalmente reformados, as vozes das pessoas familiares permanecem silenciadas ou mediadas por discursos técnicos, dificultando a consolidação do PTS como dispositivo efetivamente compartilhado.

O silenciamento identificado não se restringiu às pessoas familiares durante o processo de produção de dados. Durante o estudo piloto, também se evidenciou o silenciamento das pessoas usuárias, conforme registrado nos diários de campo, quando a pesquisadora observou a limitação da fala e expressão dessas pessoas pelos próprios familiares. Tal situação demandou mediações específicas e a elaboração de documentos complementares explicativos, com o objetivo de garantir a escuta dos participantes. Esse acontecimento mostrou-se fortemente associado ao estigma, aspecto que será aprofundado adiante. Esses achados dialogam com a análise de Emerich, Onocko-Campos e Passos (2014), que identificaram em pesquisa multicêntrica a exclusão sistemática das vozes das pessoas usuárias nos processos decisórios e a persistência de práticas totais que, mesmo fora do manicômio, mantém o direito à fala filtrado pelas pessoas familiares e pelos profissionais. Os autores alertam que o reconhecimento da pessoa usuária como sujeito de direito exige a legitimação de sua palavra e de sua experiência nos processos de cuidado.

Amarante (2012) e Morato (2019), ressaltam que a Atenção Psicossocial é um processo que não se restringe à substituição de equipamentos ou criação de novos serviços, mas exige uma reconfiguração das relações estabelecidas entre as pessoas, saberes e instituições, de modo a produzir novas formas de cuidado. Em

complementariedade, Romagnoli (2019) problematiza a própria noção de “dar voz” as pessoas usuárias e familiares, argumentando que ninguém concede voz ao outro, pois toda voz já existe, ainda que silenciada pelas relações institucionais. O desafio, segundo a autora, consiste em criar condições de escuta e legitimidade para que essas vozes possam emergir no espaço público e intersetorial. A autora descreve os “não-ditos institucionais”, como práticas cotidianas de tutela e proteção que, sob o pretexto de cuidado, bloqueiam as vozes e transformam o cuidado em controle. Sob a perspectiva de Lourau (2004), esses indícios evidenciam as relações de poder e os atravessamentos institucionais que determinam quem pode falar e ser ouvido nos dispositivos de cuidado.

Assim, o silenciamento das pessoas familiares e usuárias evidencia uma dimensão simultaneamente política e subjetiva do campo da saúde mental, ao questionar as formas pelas quais se constroem os PTS, sobretudo, os processos de decisão compartilhada. Nesse contexto, silêncio e fala não se opõem, mas coexistem com efeitos reproduzidos nas práticas de cuidado. Assim, tornar visíveis essas vozes, ainda que fragilizadas, configura-se como um ato ético e político, indispensável para compreender tanto as potencialidades quanto os limites da participação das pessoas envolvidas na produção do cuidado em saúde mental.

Vasconcelos (2021) complementa que o controle social, como princípio estruturante do SUS, somente se efetiva quando sujeitos historicamente silenciados, como pessoas usuárias e familiares, ocupam os espaços e as instâncias democráticas, como conselhos, conferências e movimentos sociais, passando a incidir sobre os rumos das políticas e das práticas institucionais. Desse modo, ampliar a presença das famílias nos processos decisórios e nos espaços coletivos do CAPS significa reconhecer sua contribuição na produção de cuidado e de vida, fortalecendo o caráter democrático do PTS.

Em relação aos profissionais de referência, Jade e Jasmim relatam que, apesar das suas características relacionadas a organização do PTS, os seus contatos acontecem, prioritariamente, quando esses profissionais solicitam sua colaboração no cotidiano, ou a pessoa familiar procura o técnico de referência para relatar algo que ocorreu:

Uma referência, que eu não me lembro do nome, quis falar comigo, então me chamou, foi a única referência que me chamou quando entrou aqui, será que porque ela é assistente social? Era sobre o projeto dele [...] com as outras referências funcionam assim: se eu preciso

perguntar ou avisar algo eu venho aqui e as procuro, se tiverem livre me atendem senão dão retorno depois (Jade).

A D. [referência] era a pessoas mais próximas dele aqui e sabe o que mais? Ela ficava de olho e o observava, quando ele estava surtando, ela me avisava e ajudava, organizava para ele ficar internado aqui no CAPS [leitos] me ligava para eu vir aqui conversar e resolver o que mais precisasse depois (Jasmim).

Rosa e Dália relatam que os seus contatos acontecem, prioritariamente, com o profissional que as filhas mais se relacionam no cotidiano, não necessariamente suas referências formais. Em um dos casos, o contato mais próximo acontece com a profissional que conduz o grupo de família, explicando que ela media a conversa entre a respondente e a equipe técnica:

Quem organiza eu acredito que seja a psicóloga, apesar de ele ter o profissional de referência, que eu não sei quem que é, mas ele acaba se encontrando mais com a psicóloga, semanalmente. No grupo de referência, eu não sei dizer exatamente o que combinam porque eu estou de fora. O meu contato é sempre com F. por conta do grupo de família que me atualiza das mudanças que eles pensaram e o que mais eu precisarei fazer (Rosa).

No outro caso, quem organiza o PTS da filha é o psiquiatra do serviço, apesar de haver outros profissionais de referência, ela não estabeleceu um vínculo satisfatório com os outros integrantes da equipe e não compareceu a outras atividades propostas, exceto no acompanhamento com o médico:

*Ela não passa em grupo ou atendimento de referência, nada! E se apertar um pouquinho, ela espana.
- Você viu o doutor R. cobrando quando passamos? Ela não apareceu novamente. Então, amanhã eu tenho que pegar ela igual àquela laranjeira e dar um jeitinho e trazê-la, então ele retoma algumas coisas com ela (Dália).*

Quanto as adequações necessárias no PTS, Jasmim relata que as pessoas familiares podem comparecer ao serviço para discutir o projeto de cuidado e solicitar adequações. Enquanto, Jade afirma que apesar desta possibilidade que se estende às pessoas usuárias também, a decisão final sobre a necessidade das mudanças permanece centrada na equipe:

O PTS é decido aqui mesmo, se precisa nos chamam, antes era sempre a Dra. D. que fazia este contato comigo. E eles falam que eu posso mudar, vir conversar para mudar, mas no final são eles quem decide [...] quando conversamos sobre o curso no Centrocamp nós tivemos a

mesma ideia e pensamento sobre isso, então eu fui e o matriculei (Jasmim).

O meu filho veio pedir, falar que queria leito, quando ele não está aguentando mais ele solicita, prefere ficar aqui. E eu entendi que ele precisava mesmo, mas não consegui, a equipe disse que não tinha e pronto, não acho certo isso, mas no final é assim (Jade)!

Iris relata insatisfação quanto ao acesso e participação das pessoas familiares nas decisões relacionadas a mudanças significativas no projeto de cuidado, contudo outra respondente, Dália, assistida pelo mesmo serviço, refere uma perspectiva diferente, mais participativa.

Nunca nem fui convidada para o grupo de referência ou para uma reunião ou conversa. Quando decidiram as últimas mudanças eu falei, mas como? Então, na última consulta psiquiátrica eu vim porque precisava falar como o médico trocou o remédio dele, falou que ele estava bom e que pode procurar serviço!? O senhor não convive com ele dentro de casa, quem convive sou eu, quem sabe realmente dos limites dele sou eu, porque eu sei exatamente até onde ele pode ir. E eu espero que ele vá muito longe, mas por enquanto isso não é possível! Eu acho que ninguém poderia decidir nada sem perguntar para quem tá convivendo com eles, entende (Iris)?

Normalmente, quem organiza é o L., o R. e a L., mas tem episódios que eles me chamam para conversar e decidimos juntos:

Eles davam os remédios semanalmente, então ela tentou suicídio, passaram a entregar a medicação diária, para ela não ficar com uma quantidade grande, logo ela mostrou um pouquinho de força de vontade e me perguntaram sobre o que eu achava de voltar a entregar semanalmente. Expliquei que poderia entregar que eu trancaria tudo direitinho em casa, aos poucos eu fui assumindo e a supervisionando, como se fosse um grão de milho, deixava o da manhã, da tarde e da noite e contava para ver se ela não havia mexido, ou tomado a mais. Quando senti que ela já estava mais ou menos adestrada, eu deixei pegar a semana inteira, conversei com o doutor C., falei:

- Oh doutor, estou tranquila! Pode deixar com ela (Dália)!

A participação das pessoas familiares na construção ou adequação dos PTS manifesta-se, em sua maioria, de modo pontual, marcada por convites ou convocações da equipe técnica diante de situações específicas, ou pela iniciativa das pessoas familiares quando identificam novas demandas de cuidado no cotidiano, como referido por Jasmim e Jade respectivamente. Exceto pelo excerto de Dália sobre medicações, os discursos revelam que as mães não se percebem como parte efetiva do processo, assumindo com frequência, o papel de executoras do cuidado, enquanto os planejamentos e decisões estratégicas permanecem concentrados na equipe técnica.

Essa configuração reflete uma participação limitada, que se aproxima mais da delegação de tarefas do que da coprodução de cuidado preconizada pelas diretrizes da Atenção Psicossocial e da PNH. Sob a perspectiva da participação social, essa dinâmica evidencia um descompasso entre o princípio democrático do SUS e as práticas cotidianas nos serviços, em que os familiares possuem sua participação reduzida. Como afirmam Escorel e Moreira (2012), a efetividade da participação social não se restringe à criação de espaços formais, mas depende de sua capacidade de incidir sobre decisões processuais e transformar relações de poder.

Durante a etapa de produção de dados, a equipe de pesquisa observou a ausência das pessoas familiares nos CAPS e em espaços coletivos, como as assembleias. Somaram-se a isso as dificuldades relatadas pelos profissionais em contatá-las durante a pesquisa, como revelaram os trechos do diário de campo, anteriormente apresentados. Esses achados sinalizam não apenas uma ocupação restrita dos serviços e dos espaços democráticos por parte das pessoas familiares, mas também uma comunicação pouco efetiva entre esses atores. Nesse contexto, reafirma-se o predomínio de uma comunicação verticalizada entre equipe e pessoas familiares, indicando que as trocas de saberes e a corresponsabilidade, princípios basilares do PTS, permanecem pouco exploradas. Além disso, a ausência da participação das pessoas familiares em espaços democráticos e em instâncias deliberativas que legitimem suas falas, não representa apenas um limite técnico da atenção, mas um impasse político, pois restringe a pluralidade de vozes que sustenta a prática democrática no interior da RAPS (Amarante, 2013; Morato, 2019). Assim, a participação das pessoas familiares tende a permanecer mais idealizada do que vivida, reproduzindo desigualdades de fala e legitimidade semelhantes às descritas em estudos anteriores sobre o reduzido exercício do controle social em saúde (Escorel; Moreira, 2012; Silva, A.; Oliver, 2019).

Ao considerar o PTS como um dispositivo de gestão compartilhada e produção de subjetividades, torna-se evidente que desconsiderar a experiência e os saberes das pessoas familiares interrompe a possibilidade de construir um cuidado que articule técnicas, relações sociais e território. Essa constatação converge com análises de Constantinidis (2017) e Rossi e Cid (2019) que destacam a negligência das vozes das pessoas familiares e a persistência de práticas tutelares e hierarquizadas nos serviços de saúde mental. De modo complementar, Bustamante e Onocko-Campos (2020) identificam que os serviços não sistematizam informações básicas sobre as pessoas familiares ou marcadores sociais

relevantes, como gênero, raça, classe e vínculos comunitários, o que poderia orientar intervenções mais sensíveis e integradas. Tais lacunas reforçam ainda mais a invisibilidade dessas pessoas nos processos terapêuticos e limitam o potencial do PTS enquanto dispositivo ético-político de democratização das práticas de cuidado e de fortalecimento da participação social no campo da saúde mental.

Nessa perspectiva, fortalecer a participação das pessoas familiares implica reconhecê-las como sujeitos políticos e produtores de saberes, capazes de contribuir para a elaboração e avaliação dos PTS, e não apenas como espectadores ou executores do cuidado no cotidiano. Compreender a participação como direito e exercício de cidadania significa reafirmar o caráter ético-político do PTS, concretizando, no cotidiano dos serviços, a dimensão democrática da participação social como prática de cuidado, de corresponsabilização e de transformação institucional.

As participantes Iris e Tulipa apontam que a equipe falha na corresponsabilização das pessoas usuárias, aspecto que consideram prejudicial e que, em suas avaliações, dificulta a implementação do PTS. Referem sentir necessidade de maior cobrança dos profissionais para que as pessoas usuárias compareçam e responsabilizem-se pelas atividades combinadas nos seus PTS.

Eu gosto muito dos profissionais, são muito educados, mas acho que eles não são muito empenhados. Por exemplo, o grupo de referência, nunca me ligou para saber nada, mesmo quando ele começou, ou para perguntar por que o R. não compareceu. Acho que passam muita a mão na cabeça e não tem que passar. Eles têm que ser cuidado, respeitado... mas o drogado tem que ter respeito por quem está cuidando dele, não só carinho e amor, tem que saber que se você está ali é para o bem deles, então eles precisam fazer o que foi combinado, senão nada vai melhorar, precisam se dedicar mais... Então se eles não aparecem, os profissionais não ligam. Reclamo muito disso no grupo de família e eles não chamam para vir fazer alguma oficina e se eles chamassem, ele viria, entendeu (Iris)?

Uma das primeiras coisas que eu acho é tem que pegar mais firme com ela, entendeu? Para que ela compareça ao CAPS mais frequentemente. Eles são muito amorosos e acho que isso acaba, não sei o que acontece, mas eles acabam permitindo que ela faça somente o que ela quer, não o que precisa. E a gente sabe que têm coisas que ela precisa fazer para ficar bem, mas ela não faz e está tudo bem para eles (Tulipa)!

A baixa responsabilização das pessoas usuárias nas práticas de cuidado mostra-se coerente, com a conseqüente reduzida participação dessas pessoas na coprodução de cuidado. Tal achado contrasta com o que defendem alguns autores, para os quais a

responsabilização é parte constitutiva da coprodução do cuidado e elemento central da corresponsabilidade no cuidado, considerá-la implica reconhecê-los como sujeitos ativos, capazes de participar das decisões, estratégias e ações pactuadas (Santos, *et al.*, 2018). Quando essa participação ocorre de maneira autônoma e reflexiva, concretizam-se os pressupostos do PTS, fundamentados no compartilhamento de responsabilidades e na construção conjunta do cuidado (Oliveira, G., 2007, 2008).

Nesse horizonte, a negociação de metas e ações terapêuticas deve ocorrer por meio de um contrato dialógico, sustentado pela escuta qualificada, interesses e limites de cada pessoa, promovendo não apenas a corresponsabilização, mas também o protagonismo das pessoas usuárias na condução de seus projetos de vida (Oliveira, G., 2007; Depole *et al.*, 2022). Slomp Junior, Franco e Merhy (2022) reforçam essa perspectiva ao argumentar que a construção do PTS exige novos pactos de responsabilização entre trabalhadores e pessoas usuárias, uma vez que a efetividade do cuidado depende da implicação mútua dos sujeitos envolvidos. Como enfatizam os autores, a responsabilidade geral pelo cuidado também se configura como um processo compartilhado, uma vez que a pessoa usuária é reconhecida como uma interlocutora válida e deve atuar de forma tão ativa quanto os profissionais. Nessa perspectiva, a pessoa é compreendida como produtora de saberes e corresponsável pelo processo terapêutico. Assim, a responsabilização resulta de um percurso construído de maneira conjunta e implicada, sendo impossível de se efetivar sem a participação da pessoa usuária.

As mães apresentaram perspectivas diversas sobre o que seria um PTS bem-sucedido para os seus familiares e no decorrer das entrevistas descreveram o que compreendem que seja o projeto terapêutico singular atual dos seus filhos. Inicialmente, Dália e Jade, ao serem convidadas a refletirem sobre o que seria um PTS bem-sucedido para seus filhos, referiram não terem esperanças ou expectativas sobre possibilidades de mudanças no futuro. Contudo, posteriormente pontuaram suas perspectivas atuais (Dália) e passadas (Jade) sobre o que seria bem-sucedido para seus familiares, incluindo o desejo de que eles fossem mais autônomos e independentes.

Nada, eu não espero nada mais. A minha filha vive numa prisão construída na cabeça dela, ela tenta se segurar, mas ela não domina a vida dela, ainda é muito difícil pensar num futuro. E um adicto, sempre será um adicto [...]. O que eu espero para dizer que deu certo é ela voltar a controlar a vida dela e não ser controlada pelo vício, que cuide da vida dela, trabalhe, cuide da filha e consiga tomar decisões (Dália).

Sinceramente? Não tenho mais nenhuma expectativa, de verdade! Estou tão cansada! No começo, tinha expectativas que poderia ser modificado, que eles poderiam ser um pouco mais independentes, mesmo que não fossem totalmente, nos diziam que pessoas com Esquizofrenia poderiam ter uma vida normal e isso é muito triste porque eu acreditei e se tem algum esquizofrênico com vida normal dá para contar no dedo. Antes eu gostaria deles mais independentes, quem sabe trabalhando, o CAPS poderia estabelecer parcerias para facilitar que eles fossem realmente inseridos, opções que podem interessar e entender as limitações deles (Jade).

Margarida refere que, há dois anos, o projeto do filho foi reformulado e que, desde então, a sua implementação tem sido resolutiva, logo acredita que este seria o PTS bem-sucedido para ele, contudo aponta limitações que associa à pessoa usuária e não ao projeto propriamente dito, como sair mais frequentemente de casa:

Hoje o projeto que ele tem está dando certo [...] para o que ele teve ele está muito bem, às vezes podemos até esquecer o que ele tem [...] Ele tem outros problemas de saúde também, tem a cirurgia que está esperando, mas está fazendo os exames lá no hospital [...] Ele tem o dinheiro dele, compra o que quer para comer, veste a roupa que quer, fica tranquilo em casa, viaja, traz informações que ajuda outras pessoas como ele. Tem os Ouvidores de Vozes no Cei e o CAPS, que consegue pedir ajuda quando precisa [...]. Mas poderia sair mais de casa, mas não ele não gosta e não sai! Mas ele está bem, o projeto dele está dando certo (Margarida)!

Tulipa refere que o PTS deveria ser mais rígido, com maior responsabilização da pessoa usuária, seguindo uma rotina estruturada com horários e participações em atividades dentro do CAPS de forma mais assídua, com o objetivo de aumentar a autonomia e diminuir a frequência das crises da filha:

Eles são muito permissivos, acho que isso acaba deixando que ela faça somente o que ela quer e ela precisa entender que também tem que fazer o que precisa [...] já colocamos ela nesse prédio [referindo-se ao NOT], ela achou que era muito longe [...] colocamos na escola e na natação, fui e fiz a inscrição, mas daí entrou no momento da crise, então a decisão final foi minha de não a levar mais! Atualmente ela vai a cada quinze dias no psiquiatra e tem atendimento de referência depois. Mas não está dando certo, o ideal é que ela conseguisse cuidar das coisas dela no cotidiano e tivesse menos crise, porque na crise ela perde tudo que conseguiu, no último ano teve duas crises e hoje está internada lá no Hospital Ouro Verde (Tulipa).

Iris acredita que um projeto terapêutico bem-sucedido para o filho deverá incluir mais atividades no CAPS, além de atividades esportivas. Porém, esta seria uma possibilidade futura, visto que no momento acredita ser ideal que o filho permaneça

dentro de casa, pois circular pelo território e ter acesso a dinheiro são aspectos que dificultariam a manutenção da sua saúde mental:

Agora ele está bem caseiro, quietinho em casa, o projeto está dando certo! Ele sai somente para vir aqui, deveria vir mais vezes, mas vem no futebol. Ele sempre gostou de esporte, se continuar assim está bom. Poderia jogar bola no bairro, mas ainda não está pronto para isso não! Melhor quietinho em casa por enquanto (Iris).

Rosa mostra-se satisfeita com o projeto de cuidado de seu filho e sua participação, entretanto, refere um desejo pessoal que tornaria o PTS bem-sucedido na sua perspectiva, ao incluir uma atividade trabalhista para o filho, porém, reconhece que este é um desejo dela e não dele.

Eu acho que a estrutura do CAPS e o que é oferecido no PTS dele é o suficiente, que o que precisa mudar depende mais dele querer. Mesmo porque ele tem todo um aparato, apoio, tem várias terapias para dar o suporte, acho que nesse momento depende muito mais dele se manter comprometido [...] e no cotidiano dele tem que ter trabalho. Se ele começar a trabalhar e entrar no mercado de trabalho poderá ter as coisas dele, controlar, aprender a lidar com o dinheiro, por exemplo. Mas este é mais um desejo meu, eu e o E. já falamos com ele sobre isso (Rosa).

Jasmim refere que o PTS bem-sucedido para seu filho deveria incluir uma atividade que lhe proporcionasse prazer, que ele gostasse de fazer, que o motivasse, não necessariamente no espaço institucional do CAPS, desde que fortalecesse a sua vontade de viver:

O ideal seria ter uma atividade direcionada para ele, além de ter mais diversidade de atividades terapêuticas. Que ele se sentisse comprometido, responsável em cumprir. Um compromisso de vir e sentir prazer em fazer, algo que trouxesse uma motivação na vida, igual à gente. Às vezes, acho que ele vem por obrigação, porque mandamos ele vir! Gostaria que O. viesse para fazer algo que gostasse, poderia não ser aqui. Que ele conseguisse encontrar alguma coisa que ele gostasse para ter prazer. Porque se a gente faz com prazer, a autoestima vai melhorando e vamos começando ter vontade de viver, qualquer coisa que ele goste (Jasmim).

Os achados relativos ao que as mães compreendem como um PTS bem-sucedido evidenciam a centralidade de aspectos destacados pela literatura da Atenção Psicossocial como: ampliação de autonomia e da independência, maior circulação no território, acesso ao trabalho, ao esporte, à saúde mental satisfatória e o fortalecimento do protagonismo das pessoas usuárias em seus cotidianos, ou seja, ações pragmáticas que desencadeiam a

ocupação de novos lugares sociais para as pessoas em sofrimento psíquico na comunidade (Amarante; 2012; Morato, Lussi; 2018).

Mesmo quando tais expectativas aparecem atravessadas por cansaço, desesperança ou pela crença na “cronicidade” e irreversibilidade de certas problemáticas, como nas falas de Dália e Jade, que associam o uso de drogas e o diagnóstico de esquizofrenia a um destino fixo, permanece como horizonte de mudança a retomada do controle sobre a vida, o exercício da tomada de decisão, a participação em atividades significativas, o trabalho e a reinserção social. Nessa direção, é possível afirmar que as mães produzem uma leitura sofisticada do que deveria ser o PTS, aproximando-o de um projeto de vida e não apenas de um conjunto de intervenções clínicas.

Ao mesmo tempo, os discursos evidenciam tensões importantes problematizadas anteriormente por autores que discutem participação social e coprodução do cuidado. Em vários trechos, o fracasso ou o sucesso do PTS é atribuído prioritariamente às características individuais dos filhos, como a adesão, força de vontade ou responsabilidade, desconsiderando a complexidade do sofrimento psíquico e do cuidado em saúde que envolve as condições materiais e institucionais que sustentam ou limitam esses projetos (Oliveira, G., 2007; Depole *et al.*, 2022).

Tulipa, por exemplo, reivindica um PTS com maior responsabilização da filha, enquanto Iris e Rosa reconhecem que o projeto está adequado, mas apontam obstáculos à ampliação das atividades e da circulação, atribuídos ou à filha, ou ao território. Contudo, Margarida, Jasmim e Jade introduzem elementos que dialogam diretamente com a literatura sobre práticas de cuidado emancipatórias: desejam que seus filhos trabalhem, tenham prazer em alguma atividade, participem de grupos, transitem com maior liberdade, o que implica pensar o PTS para além dos muros do CAPS, articulado a redes, serviços e oportunidades no território.

Esses depoimentos permitem problematizar o lugar do CAPS e o modo como o PTS é visualizado pelas pessoas familiares. Embora algumas mães mencionem outros espaços (NOT, escola, esporte, hospital), a maioria tende a associar o PTS quase exclusivamente às atividades ofertadas no próprio CAPS, compreendendo as demais ações como complementares, mas não necessariamente integrantes do projeto. Esses dados convergem com a crítica de Depole *et al.* (2022), segundo a qual os PTS continuam

sendo frequentemente construídos *para* e não *com* pessoas usuárias e familiares, restringindo-se muitas vezes ao plano interinstitucional.

Ao mesmo tempo, os excertos ilustram que as famílias apontam, com sabedoria, quais dimensões consideram prioritárias para o cuidado, o que reforça a necessidade de que o PTS seja, de fato, coproduzido com esses sujeitos, reconhecendo-os como interlocutores legítimos para a discussão das ações e objetivos, bem como um componente essencial da singularidade do sujeito. Desse modo, os achados empíricos não apenas ilustram expectativas pessoais, mas tensionam a prática dos serviços, ao evidenciar a pouca participação das pessoas familiares na construção de um PTS que poderia ser mais bem explorado, considerando que as pessoas sabem do que precisam e deveriam ser ouvidas para formulação de um PTS verdadeiramente situado e singular.

Em relação às pessoas usuárias, o questionamento inicial enunciado como: “O que vocês pensam sobre Projeto Terapêutico Singular? Em quais momentos vocês conversam sobre PTS?”, contido nas questões disparadoras gerou um silêncio imediato, acompanhado de trocas de olhares, inquietação coletiva e um receio em falar. Tal reação, evidenciada tanto durante o grupo focal quanto nas análises discursivas, refletiu o estranhamento e o desconhecimento do termo “PTS”. A hesitação persistiu até que Ronaldo verbalizou a dificuldade compartilhada pelo grupo:

Eu não entendo muito disso de PTS, mas queria mesmo entender o porquê você quer saber nossa opinião (Ronaldo)?

Complementando o que foi expresso por Ronaldo, as falas seguintes se entrelaçaram e se reforçaram mutuamente, produzindo conteúdos que exploravam a dúvida coletiva, uma dinâmica típica de grupos focais (Gatti, 2012; Sá; Costa; Moreira, 2021), como ilustram os trechos abaixo:

Deixe-me falar um negócio primeiro? Eu só queria entender melhor o que é projeto terapêutico singular, parece uma coisa nova para mim, para nós. A senhora fala esse nome e eu estou tentando entender melhor, a senhora poderia explicar para termos uma noção e soltarmos a voz [...] resume para gente e nos dê exemplo, por favor (Zico).

E explica por que o singular não é plural, não poderia ser plural para todo mundo (Pelé)?

Eu não entendi de cara o que era um projeto terapêutico. Agora veja se é isso: Quando a gente chega lá, eles nos dão atenção, dão remédio e tem algumas outras coisas que oferecem. Depende se você está de

leito ou não, se estiver você fica o tempo todo, come, bebe e dorme. Eles pensam no que é o melhor para a gente, qual o tratamento certo[...] E todo dia eu tenho que tomar uma injeção, então, eles ligaram no hospital pedindo a fórmula para o doutor para eu não precisar me deslocar do Campos Elíseos, até a UPA do Campo Grande [Campinas-SP] todo dia, então acho que é isso (Zico)?

Naquele dia eu vi a senhora na assembleia, quando eu te dei meu número de telefone. Para falar a verdade eu não entendi sobre o que iríamos conversar, entendi que era algo sobre CAPS. Daí recebi a mensagem confirmando ontem, pensei em vir até para saber mais então e confirmei (Dudu).

Ao vivenciar e ouvir esta discussão, a equipe de pesquisa ficou surpresa, o que desencadeou reflexões e inquietações entre seus membros, expressas pelo diário de campo a seguir:

Eu e a M. [auxiliar de pesquisa] ficamos surpresas por eles não saberem o que era o PTS, particularmente, imaginei que poderiam não saber sobre toda complexidade, as possíveis articulações, mas me pareceu que não estavam familiarizados nem com o termo. Será que estamos falando o suficiente sobre isso nos serviços com eles, ou estamos falando por eles (Diário de campo, março de 2024)?

A perspectiva de saúde e doença, atrelada a uma possibilidade de cura, permeia o discurso dos participantes, ao discorrer sobre as expectativas dos seus PTS, como demonstrado nos excertos a seguir:

Eu fiquei mais de 5 anos sem dormir à noite, acordado, pensando somente em besteiras. Desde que vim para cá, estou bem e eu queria até perguntar se a senhora sabe se isso tem cura, ou se não tem cura, porque não quero passar o resto da vida aqui no CAPS [...], mas se não tem cura está bom, vou continuar meu tratamento aqui mesmo (Pelé).

Eu achei que estava curado, me afastei do CAPS, então fui para o fundo do poço. Com o tempo, após vários altos e baixos, eu voltei e faz dois meses que me reencontrei no CAPS, hoje sei que se me afastar dali vou novamente para o fundo do poço, perco tudo, trabalho, família e saúde. Agora que estou recuperando minha autoestima, conseguindo conquistar minhas coisas e estou bem (Zico).

Os participantes referem que decisões importantes sobre o projeto de cuidado da pessoa usuária, como chegar ao CAPS, ou solicitar ampliação do projeto com período de permanência em leitos, não são necessariamente compartilhadas com a pessoa usuária, podem ser tomadas por pessoas familiares, técnicos de referência ou pela equipe do CAPS e comunicadas posteriormente.

Quando não estou bem minha mãe me dá toda ajuda do mundo, eu não tenho o que reclamar dela. Quando internei da última vez, não foi uma questão assim de decidir, eu passava noites sem dormir, aconteceu na minha cabeça, puxa vida [...]! Com muitas ideias na minha cabeça, só de besteiras e então minha mãe me internou (Pelé)!

Eu cheguei, várias vezes a precisar ficar mais no CAPS, usar os leitos e ampliar o projeto. Era sempre 15 dias mais intensos, a gente solicita quando acha que precisa, mas quem decide é o CAPS (Dudu).

Vamos supor que eles tenham leito disponível. Você solicita, se eles acharem que você precisa do leito, eles vão dar para você, decidem e avisam quando está na hora da alta para voltar para casa.

– Oh Vini., tal dia você estará de alta (Vini).

Comigo foi minha psicóloga, ela estava me vendo no dia a dia e sentiu, que eu precisava ficar internado, 15 dias, então fiquei! E aí passaram-se alguns meses, eu discordando deles tomei uma atitude precipitada, fui convidado para uma clínica clandestina a longo prazo e decidi ir, foi a pior coisa da minha vida (Zico)!

A literatura aponta que, embora a participação e a autonomia sejam princípios do modelo de Atenção Psicossocial e da Humanização, valorizados nos discursos dos profissionais dos CAPS, na prática, as pessoas usuárias têm pouca influência sobre os momentos decisórios que envolvem seu cuidado (Depole; 2018; Depole *et al*, 2022; Colato; Lussi, 2024). Na dissertação de Depole (2018), resultado de uma revisão de escopo sobre PTS, identificam-se reflexões importantes acerca da participação das pessoas usuárias nos CAPS, abordando tanto suas potencialidades quanto suas limitações. A autora demonstra que a participação é parcial e frequentemente mediada pelos profissionais, ocorrendo principalmente em oficinas e atividades coletivas. No entanto, essa escuta nem sempre se traduz em processos efetivos de decisão compartilhada. Embora o PTS seja concebido como dispositivo de construção conjunta, sua elaboração tende a reproduzir relações verticalizadas, nas quais o saber técnico prevalece sobre a experiência e o protagonismo das pessoas usuárias. Além disso, a autora associa a baixa participação a barreiras institucionais e culturais que restringem o exercício da autonomia e a circulação da palavra.

Essas constatações dialogam com a análise de Emerich, Onocko-Campos e Passos (2014), que também identificaram limitações na participação das pessoas usuárias tanto na formulação dos PTS quanto nos processos decisórios do cuidado. Para os autores, as práticas institucionais ainda reproduzem hierarquias e filtros técnicos que restringem a

escuta e o poder de decisão. Assim, a participação tende a se configurar como um direito formal, reduzido à adesão às atividades propostas, sem efetiva incidência nas decisões do cuidado. O exercício da fala e da autonomia permanece condicionado à autoridade técnica, perpetuando formas sutis de tutela e controle nos serviços substitutivos.

Essas discussões encontram ressonância no estudo comparativo realizado por Colaço e Onocko-Campos (2022), que analisou a participação das pessoas usuárias na tomada de decisão sobre o tratamento medicamentoso nos CAPS de Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. Os resultados indicam que essa participação ocorre, em geral, de forma limitada e mediada pelos profissionais. Uma aposta dos autores para melhorar este cenário, seria incluir a negociação medicamentosa como uma ação prevista, que deve ser considerada no PTS. Embora a corresponsabilidade e o diálogo sejam princípios orientadores desta prática de cuidado, o estudo demonstra que a autonomia das pessoas usuárias ainda é pouco efetivada nos processos de cuidado. De modo geral, as diferenças organizacionais e institucionais entre os serviços refletem especificidades locais, mas a baixa participação das pessoas usuárias se apresenta como um traço comum, apontando que a efetividade da participação depende das condições concretas de funcionamento das redes de Atenção Psicossocial.

Em síntese, tanto a literatura quanto os achados empíricos apontam que, no cotidiano dos CAPS, a participação das pessoas usuárias nos PTS ainda é restrita sobretudo em momentos decisórios, marcada por lógicas institucionais que mantêm a assimetria entre técnicos e as pessoas em cuidado. Superar essa limitação implica reconhecer a fala das pessoas usuárias como dimensão legítima do cuidado e criar espaços coletivos de decisão e diálogo, capazes de fortalecer o protagonismo e a corresponsabilidade nos processos de produção do cuidado.

Os discursos das pessoas usuárias evidenciam a baixa participação dos seus familiares no PTS, ou mesmo a ausência de participação deles em outras atividades terapêuticas do CAPS, normalmente, as pessoas familiares comparecem no serviço somente quando solicitado, reafirmando o que já foi mencionado anteriormente pelas próprias pessoas familiares e demonstrado nos excertos a seguir:

Minha família não vai normalmente, mas quando preciso ficar em leito e eles chamam, um dos meus filhos sempre vai, leva o cigarro, roupas e as outras coisas que eu precisar, mas eles vão de noite porque eles trabalham (Vini).

As minhas filhas vão quando eu estou muito debilitado se precisar. Em período de internação em leito, elas vão lá me ver, me dar um conselho, falar coisas boas! Fora isso, a gente se vê na minha casa ou na casa delas, no CAPS não. E minha vida não tem pai, nem mãe, tenho mais quatro irmãos que eu nem considero irmão, nos perdemos. A gente funciona tipo assim: cada um no seu canto, porque um quer que o outro morra. Então minha família são minhas filhas maiores de idade, e uma bonitinha de 8 ano, adotiva que a mãe biológica foi embora, me abandonou e deixou ela comigo (Zico).

*Ah minha mãe não vem mais não! Ela me acompanhava no começo, em toda atividade, toda vez que eu me consultava com o psiquiatra ou que eu vinha na psicóloga, mas como agora ela precisou começar a trabalhar, cuidar da casa e então deixou que eu andasse só e falou:
- Agora é com você, eu já te trouxe até aqui, agora precisa se cuidar sozinho (Pelé)!*

Zico e Dudu destacam a importância do profissional de referência em momentos de maiores angústias, que necessitam de um acolhimento, bem como o seu potencial resolutivo e organizacional no projeto de cuidado.

Uma coisa boa que tenho lá no CAPS é que eles deram liberdade para a gente de ter uma referência... Se você quiser um diálogo individual, para falar de coisas mais pessoais, você conversa com esse profissional. Você pode procurar o profissional antes do dia combinado, não tem problema e você não fica com aquela angústia. Você sabe que pode voltar se precisar (Zico).

Realmente, eles são muito profissionais, eu e o R. [técnico de referência] temos trabalhado no meu projeto pós-leito. Ontem falamos sobre isso, precisamos construir alguma coisa para quando eu sair. Então, têm um planejamento, mas vai da minha parte cumpri-la [...] eu não vou levá-lo ou levar cada funcionário, tipo um molho de chaves no bolso embora, tenho que seguir o que foi combinado (Dudu).

Essa dinâmica vai ao encontro da proposição de Oliveira, G. (2007), segundo a qual a gestão do cuidado no interior da equipe pressupõe que um profissional, geralmente aquele que possui maior vínculo com a pessoa usuária assuma a condução do caso de um projeto em andamento, colocando-se mais disponível para o acolhimento. Trata-se, assim, do profissional que concentra maior responsabilidade no acompanhamento, favorecendo a continuidade do cuidado e a tomada de decisões cotidianas em parceria com as pessoas usuárias e seus familiares, além de contribuir para a redução de processos excessivamente burocráticos. No entanto, essa proximidade não exige a equipe interdisciplinar como um todo da corresponsabilidade no cuidado, que deve permanecer compartilhado e sustentado coletivamente.

Além de possibilitar maior resolutividade no cotidiano, essa função pode promover um cuidado mais humanizado, desde que o PTS seja compartilhado em espaços coletivos como reuniões de equipe, ou de apoio matricial. Entretanto, segundo Portal, *et al* (2021); alguns profissionais não compreendem plenamente as atribuições dessa função, o que pode comprometer a gestão do cuidado, gerar sobrecarga individual, dificultar a comunicação entre membros da equipe e produzir situações de isolamento na condução do projeto terapêutico. Soma-se a isso o impacto de desafios estruturais, que tendem a dificultar a atuação integrada, reforçando práticas fragmentadas e burocratizadas.

Assim, embora o profissional de referência desempenhe papel estratégico na condução e organização do PTS, bem como no acolhimento contínuo das pessoas usuárias (Cunha, 2007; Oliveira, G., 2008), como evidenciado nas falas de Zico e Dudu, sua efetividade depende de formação adequada, recursos institucionais e corresponsabilização da equipe interdisciplinar, evitando a personalização do cuidado e garantindo que a referência opere como dispositivo coletivo e não individualizado.

O PTS das pessoas usuárias é modificado conforme a solicitação deles, ou a partir da perspectiva dos integrantes da equipe de que as demandas foram alteradas e, conseqüentemente, precisam adequar o projeto a elas, como evidenciado nos excertos a seguir:

Quando eu precisei eu avisei, teve um momento que precisei do leito e fiquei 12 dias internado no CAPS. Depois, passei a ficar de permanência, almoçando e indo embora de tarde, depois sai e voltei para fazer outros trabalhos, em conjunto com o pessoal do CAPS porque distrai a gente. Hoje vou nas oficinas de música, de futebol, na assembleia, passo no médico e fico aqui com meus companheiros. E como eu já frequentei a universal, tenho a mente aberta para o Testemunho de Jeová, não vou na igreja, mas estudo a bíblia (Pelé).

Quando chega nesse ponto, de pedir ajuda no CAPS, eu estou na rua, emendo e fico três dias na rua, tudo sujo, tudo bêbado, dormindo em qualquer lugar daí eu penso em dar uma passada lá e se eles tiverem leito disponível, eles me arrumam, mudam o projeto[...] nessas horas já era, eu nem assino, só tremo e não consigo assinar nada, no outro dia eu não conseguia assinar um papel como esse [aponta formulários na mesa]. Então eles entendem que eu preciso e providenciam o leito e fico nas atividades... (Vini).

Minha psicóloga que propôs, que eu precisaria estar mais dias no CAPS para ser atendido individualmente e eu posso ter esse acesso, tenho até família que se precisar me acompanhará nos atendimentos com ela e com a minha médica inclusive, podem vir junto. Então estes dois fatores mudaram no tratamento e melhoraram para mim no CAPS.

Quando eu não estou bem ela me avisa e diz o que mais eu preciso fazer (Zico).

Os relatos de Pelé, Vini e Zico vão ao encontro dos achados da dissertação de Colato (2022), que investigou a atuação de terapeutas ocupacionais na composição do PTS em CAPS. Os participantes daquele estudo evidenciaram a necessidade e a efetividade de um dinamismo na adequação e readequação do projeto de cuidado, seja a partir das perspectivas das pessoas usuárias, seja a partir da percepção da equipe, especialmente quando as demandas se modificam. Contudo, a partir dos relatos de Vini, Pelé e Zico supracitados, observa-se que aquilo que tem sido compreendido como demanda, tanto pelas pessoas usuárias quanto pelos integrantes da equipe, refere-se, predominantemente, à intensificação do sofrimento psíquico, frequentemente associada à desorganização do cotidiano.

As pessoas usuárias relatam que sua participação no PTS ocorre principalmente por meio do cumprimento das propostas terapêuticas sugeridas pelo CAPS ou pela negociação de um projeto previamente elaborado pela equipe técnica. Contudo, afirmam possuir autonomia no cotidiano para decidir se frequentam ou não as atividades, como evidenciado nos trechos a seguir:

Eu participo [do PTS] indo e negociando o que vamos fazer, digo:

- Olha não estou legal, quero ficar mais isolado...

É porque ali é o seguinte, se você quiser participar tudo bem senão, não será obrigado, é respeitado o seu desejo. Eles não te obrigam a nada (Dudu)!

Seguir o combinado [PTS], isso depende de uma hierarquia, uma pirâmide, lá em cima tem o chefe, aqui embaixo nós, os companheiros. Temos que seguir estas ordens, nessa hierarquia porque eles sabem o que é bom para a gente e a gente tem que seguir. A maioria participa das atividades. Eu, tem dia que participo, mas eu vou falar a verdade, tem dia que não... (Pelé).

Mas temos a liberdade para dizer quando estamos bem ou quando não estamos para participar (Zico).

Quando não estou legal, eu falo: não estou muito legal, não vou participar, preciso ficar de longe hoje, bem de longe (Pelé).

Relatos como o de Pelé, nos quais a verticalização das relações e dos saberes se torna evidente, precisam ser problematizados nos serviços, desencadeando reflexões

coletivas sobre as formas de organização das práticas de cuidado e sobre as dinâmicas institucionais que impactam o PTS. Essa reflexão é fundamental para que se promova, de fato, a participação social de todos os envolvidos no processo de cuidado. Além disso, os depoimentos evidenciam a discrepância entre o PTS tal como descrito pelos profissionais, baseado em relações horizontais, dialógicas e participativas (Colato, 2022) e o PTS que se efetiva, concretamente, no cotidiano dos serviços.

As pessoas usuárias apresentaram opiniões diversas do que seria um PTS bem-sucedido, organizado por eles com a equipe técnica do CAPS. Para o participante Zico a ampliação da frequência de sua participação e de oferta de atividades terapêuticas desenvolvidas no interior da instituição seria importante.

Mas eu ainda acho que o ideal de um projeto de tratamento para mim, seria ter atividades no CAPS, para estar lá em mais dias por semana, com uma frequência maior. Hoje vou de quarta e quinta, mas eu achava melhor ter alguma coisa na segunda, ou na sexta também. E no CAPS mesmo, porque eu já saio de casa para trabalhar, tenho minha família... o ideal seria mais dias no CAPS porque é lá que eu me sinto bem (Zico).

Dudu reforça a necessidade de incluir moradia no PTS, lembrando o quanto a experiência anterior, após estabilização da crise foi frustrante por não considerar tal aspecto como uma prioridade.

Agora está sendo elaborado um projeto que eu acho ideal para mim, em que estamos discutindo e arrumando outro lugar para eu ir morar, preciso saber para onde vou, precisa ser um lugar que eu me sintam bem [...] minha mãe vai pagar uns três meses de aluguel para mim, tenho esses meses para me organizar financeiramente, para continuar me bancando depois, trabalhando e seguindo com as minhas atividades no CAPS, as que eu conseguir vir, assim retomo a rotina com um rumo, um planejamento mais estruturado do que da outra vez (Dudu).

A maioria das fotografias apresentadas que ilustravam os aspectos importantes do projeto terapêutico do participante Vini continha-no trabalhando, pintando ou carpintando. Isto porque ele refere que um PTS bem-sucedido precisaria contemplar o trabalho que é sua prioridade ao retomar a rotina, pois é promotor de saúde no seu cotidiano.

Quando eu tiver alta do leito do CAPS, vou voltar no serviço normal, para casa, continuar a vida, tentar ficar mais perto da família. Um projeto bem-sucedido é isso: trabalhar, tocar a vida e ir me tratando, correndo para o CAPS quando achar que estou entrando em crise,

ficando uns dias no leito novamente se precisar. Cuidar da saúde, mas achando uma forma que eu possa trabalhar e me cuidar porque o serviço é prioridade para mim e agora estou com o tratamento, mas o difícil vem depois porque o trabalho me mantém bem [...], mas cada convite dos amigos que preciso fugir, cada briga com a esposa sem recair, ou deixar meus filhos chegarem perto, porque sou meio brutão, essas coisas são muito difíceis para mim (Vini)?

Pelé apresenta uma fotografia com a sua imagem, evidenciando a necessidade do seu protagonismo no projeto de cuidado e a sua importância, como ele próprio elucida.

Você viu a minha foto? Eu também acho que sou importante para o projeto, porque ele é feito para mim (Pelé)!

Refere que um projeto bem-sucedido deveria promover maior autonomia cotidiana e financeira, inclusive por preocupação com seu futuro diante da possível ausência da mãe, evidenciando como as pessoas usuárias de saúde mental sabem o que querem e o que precisam, neste caso autonomia, acesso a benefício assistencial ao qual tem direito, possibilidade de estar no território em família e trabalhando.

O projeto ideal seria um em que eu me cuidasse, não vou achar minha mãe para sempre, nem minha mãe vai me achar. Quando chegar a hora dela, não tem ninguém [...] para cuidar de mim, tenho que me cuidar e como vou fazer? [...] uma ajuda do governo seria importante para o orçamento da família. Mas o que eu queria de verdade era conseguir o benefício para pegar um dinheiro, mesmo que fosse do governo, para comprar umas maquininhas de cortar e botar uma placa escrita na frente de casa: corta cabelo! para eu ganhar um dinheirinho e ajudar no orçamento da família, daí não vou somente fumar, vou comprar meu cigarro (Pelé).

Ilustrando uma perspectiva contextualizada, pragmática e coerente com um cuidado que reconhece o PTS como processual, o que vai ao encontro do trecho a seguir do diário de campo.

Organizar todo esse material não será fácil, mas é prazeroso compreender que apesar das estranhezas com o termo, ou definições, ou intersetorialidade... enfim, apesar de tudo isso as pessoas que estão no CAPS sabem o que querem e o que precisam (Diário de campo, 2024)!

Ao abordar o que compreendem como um PTS bem-sucedido, as pessoas usuárias e familiares destacaram elementos distintos como aspectos que consideram importantes para a concretização de um projeto de cuidado considerado assertivo e satisfatório, como demonstram os excertos supracitados de Pelé, Zico, Vini, Dudu, ressaltando a

necessidade de valorização de práticas de cuidados singulares que respeitam a história de vida e o significado que as pessoas envolvidas atribuem às suas atividades cotidianas, relações interpessoais e ao contexto territorial. Isso reflete o quanto é primordial que a singularidade seja verdadeiramente considerada no processo de condução de um PTS.

Contudo, Depole *et al.* (2022), identificou que a concepção de singularidade apresenta três sentidos principais na literatura e, conseqüentemente, nas práticas analisadas em seu estudo. O primeiro associa o termo singular à individualidade ou particularidade. O segundo relaciona o singular às ações contextualizadas e situacionais, direcionadas a sujeitos individuais ou coletivos em contextos específicos. Já o terceiro, mais alinhado à concepção do PTS, que compreende a singularidade como um processo de singularização do cuidado, no qual se valoriza a qualidade do encontro entre as pessoas usuárias, profissionais e familiares, cada qual portador de sua própria singularidade, sempre situado em contextos igualmente singulares. E é nessa terceira perspectiva que o PTS, enquanto dispositivo de cuidado e criador de projetos de vida, ganha corpo.

Os participantes, pessoas usuárias e familiares, apontaram o acesso a atividades terapêuticas, a inserção no trabalho, a garantia de moradia, o acesso a benefícios assistenciais, reaproximação dos familiares, maior autonomia cotidiana e a manutenção de uma saúde mental satisfatória, sem episódios recorrentes de crise como aspectos que deveriam ser contemplados no PTS. Esses aspectos convergem com a perspectiva de Nicácio (2003), que descreve o cuidado em saúde mental como potencializador da produção de vida, ao fortalecimento dos vínculos sociais, ao acesso a recursos materiais e ao exercício de direitos que contemple os diferentes modos de vida.

Depole *et al.* (2022) defendem que para ampliar a participação social no PTS faz-se necessário transformar o modo como o cuidado é produzido, substituindo a lógica prescritiva e normativa por processos coletivos, dinâmicos e democráticos, considerando o território e o cotidiano como espaços de produção de cuidado. O PTS deve ser construído, discutido e rediscutido, continuamente, pelas pessoas usuárias, familiares e profissionais reconhecendo os seus saberes, compartilhando responsabilidades, produzindo sentido e legitimidade das decisões neste processo.

O estranhamento inicial dos participantes com o termo como evidenciado no diário de campo, nos relatos do estudo piloto, tanto pelas pessoas usuárias quanto familiares, ou observado durante o processo de produção de dados, evidencia uma lacuna

ou ausência no diálogo construtivo entre esses atores e as equipes técnicas dos CAPS. Contudo, ao serem convidadas a refletir sobre as questões associadas ao projeto terapêutico, tanto as pessoas usuárias quanto familiares, demonstraram grande conhecimento e sabedoria em suas formulações acerca do que esperar de um PTS bem-sucedido. Sobretudo, Pelé ao reafirmar a sua importância para o projeto de cuidado por ser justamente o protagonista da sua vida.

Reafirmando a hipótese inicial desta tese, as pessoas usuárias e familiares sabem o que necessitam para melhorar suas condições de saúde mental e qualidade de vida, mas precisam ser ouvidas para a construção de um projeto de vida contextualizado, territorial e singular. Ao contrário do que acontece se essas pessoas não participam ativamente deste processo, tendo as suas singularidades reduzidas a uma normativa técnica não efetivada. Reconhecer a efetividade e a necessidade em instituir a discussão do PTS como uma prática de cuidado tão primordial e necessária quanto o acolhimento inicial no CAPS, seria uma possibilidade de garantir o respeito à história de vida e singularidade das pessoas usuárias.

5.3 ESTIGMA E VIOLÊNCIA

Ao reunir os discursos de pessoas usuárias e familiares, esta categoria evidencia que o sofrimento psíquico é vivido e significado em estreita articulação com processos de estigmatização e com múltiplas formas de violência. Essas dimensões atravessam o território, as relações familiares, os serviços e os cotidianos, operando de modo imbricado, potencializando vulnerabilidades, restringindo a participação social e fragilizando projetos de vida. Nos excertos a seguir, observa-se como tais dinâmicas se materializam nas experiências relatadas pelas mães participantes.

Dália, Iris, Rosa e Jasmim descrevem as pessoas usuárias como sujeitos em sofrimento psíquico, frequentemente percebidos como adoecidos, fragilizados e, por vezes, “destruídos”, demandando simultaneamente cuidados em saúde e apoio familiar. Para Jasmim, inclusive, há casos em que a perspectiva de melhora parece ausente. Dália expressa metaforicamente, de modo intenso, essa compreensão sobre a necessidade de cuidado e a percepção de abandono por parte de outros familiares.

Porque eu cuido dela, vejo a minha filha como uma flor seca, murcha, despedaçada, mas que ainda está de pé. Então, a gente ainda tem que cuidar. Os outros usuários também são flores despedaçadas que os seus familiares deveriam regar, mas eles desistiram de cuidar (Dália)!

Nessa perspectiva, Jasmim narra a mudança percebida na trajetória do filho, contrapondo a imagem de autonomia anterior à condição atual, marcada por perdas, sofrimento e incertezas quanto ao futuro. Essa comparação evidencia como o sofrimento psíquico é interpretado, na perspectiva familiar, como ruptura em suas histórias, produzindo a sensação de que a vida “de antes” foi interrompida.

Dos meus três filhos era o que menos me dava trabalho. Desde os 14 anos trabalhava, agora ele está assim acabado, destruído [...]. Alguns usuários têm histórias que podem ser mudadas, outros deles infelizmente não, são mais complicadinhos, mas eu acho que o meu filho poderia melhorar (Jasmim)!

A partir dessa perspectiva, Dália, Iris, Jade e Jasmim apresentam as pessoas usuárias como sujeitos com limitações associadas tanto a características do desenvolvimento quanto a perdas atribuídas ao sofrimento psíquico, com repercussões sobre habilidades, autonomia e independência nas atividades cotidianas. Jade, ao lembrar a trajetória escolar do filho e as violências vividas nesse percurso, também explicita dificuldades persistentes no manejo de aspectos práticos da vida diária.

Ele sempre foi diferente, fez o segundo grau com dificuldade, porque confunde todas as letras até hoje, mesmo tendo mais de 40 anos. Ele era prejudicado na escola. Na época, eu questionava, porque não o chamavam e perguntavam sobre a resposta, já que ele saberia dizer, embora não conseguisse escrever? Além de sofrer muito bullying, mesmo assim, conseguiu terminar o segundo grau, falava que queria fazer artes cênicas [...], mas tem dificuldades com dinheiro, por exemplo: não sabe gerenciar preciso ficar de olho (Jade).

Jasmim, por sua vez, associa o adoecimento do filho a perdas de motivação, autocuidado e projetos de vida, indicando um esvaziamento do interesse pelas ocupações antes valorizadas, o que reforça a percepção de rebaixamento da participação social e de empobrecimento do cotidiano. Dália descreve impactos concretos dessas mudanças na convivência familiar e arranjos cotidianos.

A doença fez com que perdessem o amor-próprio, a vontade de fazer coisas, se cuidar, ir à academia, trabalhar ou estudar como antes. Ele já não tem mais ânimo, parece que perdeu a vontade de viver (Jasmim)!

Tento sair com minha netinha para tomar um sorvete, quando as coisas não estão bem, mas a mãe dela vêm junto e não posso negar porque B. se tornou simplesmente uma criança grande, vai se sentir rejeitada e já se sente assim em relação a todos, agora pela própria mãe (Dália)?

Em continuidade, algumas mães mobilizam explicações intergeracionais para compreender o sofrimento psíquico, articulando memórias familiares e experiências pessoais de institucionalização. Ao recordar o sofrimento do pai e o próprio episódio de internação psiquiátrica, Margarida explicita uma leitura atravessada pela ideia de hereditariedade e, simultaneamente, evidencia a violência institucional inscrita em sua trajetória de vida.

Meu pai foi o primeiro que teve esse problema. Eu tive também e foi naquele tempo que tomava eletrochoque. Eu tinha 16, 17 anos de idade e tomei eletrochoque quando fiquei internada não sei quantos meses, naqueles hospitais bem ruins sabe? Foi horrível! Lá em Maceió e foi uma época muito difícil para mim, nunca pensei que teria um filho assim... tenho outra filha, que graças a Deus está bem. Dizem que é hereditário, porque o meu pai estava bem e de repente queria fazer isso, fazer aquilo, fugir de todo mundo e tínhamos que acompanhá-lo na hora que fosse, mesmo de madrugada [...]. E agora tenho o meu filho assim... (Margarida).

Embora Margarida recorra questão da hereditariedade para significar o atual sofrimento, seu discurso permite deslocar a interpretação para além desse determinismo, situando-o em uma história familiar atravessada por memórias e práticas de institucionalização violenta. Nessa perspectiva, a violência institucional não se restringe a um evento do passado, compõe a história de vida da mãe, incide sobre expectativas, medos em relação aos serviços e modos de significar o sofrimento no presente. Assim, mais do que uma genealogia estritamente biológica, o excerto aponta uma transmissão social e institucional do sofrimento, produzida na permanência dos estigmas, precariedades, violações de direitos e pela insuficiência de políticas de proteção, dimensões que contornam tanto as experiências das pessoas familiares quanto os itinerários de cuidado que irão compor o PTS.

Em diálogo com essas experiências, Iris associa a ausência e baixa participação de outras pessoas familiares nos CAPS a processos de culpabilização, atribuída às pessoas usuárias ou a si próprias pelo sofrimento psíquico instituído, bem como critica o abandono e transferência de responsabilidade ao Estado por parte dos familiares, demonstrando que eles podem estar deslocados do suposto papel de apoio social esperado. Seu discurso

revela como, no contexto familiar, o cuidado pode ser disputado entre justificativas pragmáticas, moralizações e tentativas de explicação do sofrimento.

Eu acho que os familiares culpam os drogados, ou se culpam. Mas eles têm que procurar saber o porquê chegou a esta situação, tem motivo para ele ter chegado a isso e pode procurar alguma coisa no meio da família, sempre tem, a raiz puxou ali. Mas as pessoas preferem jogar para debaixo do tapete e não vão atrás de ajudar.

- Ah, porque eu tenho que trabalhar. Ah, porque eu tenho que... eu não posso!!!

Gente, é uma vida que você está lidando [...] não dá para abandonar a responsabilidade para o Estado somente (Iris)!

Essa experiência se conecta às barreiras de acesso e vinculação ao serviço, pois Dália e Iris relatam que o desconhecimento sobre as propostas de cuidado, somado a uma visão estigmatizada do CAPS e das pessoas que o frequentam, dificultou a própria chegada ao serviço e, possivelmente, a chegada de outras pessoas ao início de um projeto de cuidado. Iris descreve o medo e a estranheza inicial, atravessados por representações sociais que associavam o CAPS à loucura, e registra uma mudança de entendimento a partir da aproximação com o serviço.

Eu tinha medo de vir aqui, antes quando se falava de CAPS em casa, todo mundo estranhava.

- CAPS é um lugar de louco, de doido!

E aí, quando comecei a entender que no CAPS cuidam de drogados, que ajudam e o que é saúde mental, eu fui entendendo melhor qual era a sua função (Iris).

Ela não queria vir, não entendia, achava que não era um bom lugar para ela, tinha até medo de vir, na verdade! Porque a gente não entendia direito, mas o pessoal da UPA falou novamente, então eu vim primeiro até conseguir trazê-la (Dália).

Nesse contexto, as respondentes Dália, Jade e Jasmim relatam, ainda, vivências de sofrimento psíquico associadas a sintomas depressivos, ansiosos e exaustão, sendo que duas delas relatam estar em tratamento atualmente. Jasmim descreve a mobilização de recursos religiosos como uma estratégia de enfrentamento para episódios depressivos, enquanto Iris relata um cuidado realizado na Atenção Básica. Esses achados explicitam que o sofrimento atravessa o núcleo familiar, incidindo também sobre quem cuida, e alertam sobre a sobrecarga que recai sobre as pessoas familiares.

Por vários dias eu já me peguei depressiva, sem tomar um banho, querendo ficar deitada somente, é uma coisa que pega a gente [...]

Porque a depressão chega e quer brigar, falar que não vai ter mais jeito, o corpo fica cansado e a mente quer desistir, mas Deus que me faz sair dessa, eu começo a orar, a escutar louvores, colocar minha mente firme nele e vou me reequilibrando[...], mas remédio eu nunca tomei (Jasmim)!

O meu antigo trabalho foi me desgastando, mas quando eu parei foi uma ruptura muito grande, que eu não esperava. Então, comecei a me sentir assim, ansiosa e que não servia mais para nada [...]. Foi quando eu descobri que a B. estava muito usuária, há algum tempo já. Fiquei numa depressão muito profunda. Mas começou outra etapa, outra luta, pelo meu bem maior, minha filha. Hoje, eu me cuido lá no postinho com minha psicóloga (Iris).

No conjunto desses relatos das mães a estigmatização das pessoas usuárias permeia fortemente as narrativas, seja pela forma como as pessoas usuárias são vistas no cotidiano, seja pelas experiências relatadas no âmbito doméstico e comunitário. Um exemplo marcante aparece no estudo piloto, quando a mãe de Bebeto impediu que ele levasse ao CAPS as fotografias produzidas na atividade de campo, por considerar inadequado que ele circulasse pelo bairro e registrasse a quadra de basquete. O diário de campo sintetiza essa situação.

O que aconteceu com o Bebeto no piloto foi triste, mas importante que apareça neste contexto da pesquisa, infelizmente não é uma situação isolada e é muito representativa, reflete o preconceito e o estigma limitante que eles enfrentam dentro de casa! Não é fácil pensar em inserção na comunidade, quando não se é inserido ou ouvido dentro da sua própria casa (Diário de Campo, janeiro de 2024)!

Os relatos desta pesquisa estão em coerência com a produção existente acerca do estigma que incide sobre pessoas em sofrimento psíquico. Conforme amplamente discutido por Goffman (1988), o estigma pode ser entendido como um processo social no qual determinados atributos ou características são considerados desviantes em relação às expectativas de normalidade, transformando-se em perspectivas depreciativas que desqualificam o indivíduo e o reduzem a uma condição de descrédito. Resultando em exclusão e na rejeição das pessoas que carregam esses atributos, que passam a ser vistos como desacreditados em diferentes contextos da vida social. Entre as diferentes modalidades de estigma descritas na literatura, social ou público, internalizado ou autoestigma, profissional, estrutural e familiar (Uemura, Mariotti, Palm, 2015; Nascimento; Leão, 2019; Leão; Lussi, 2021), nos relatos supracitados, tanto do diário de

campo quanto dos participantes Iris e Jasmim, evidencia-se com maior destaque o estigma familiar.

Essa ênfase é particularmente relevante quando se considera que pessoas em sofrimento psíquico tendem a apresentar redes sociais mais restritas, nas quais a família ocupa papel central. Esse núcleo, além de constituir a principal instância de experiência social, assume relevância fundamental no processo de cuidado (Barros; Serpa, 2022). No entanto, quando a família, ao invés de oferecer suporte e acolhimento, reproduz atitudes discriminatórias, tal dinâmica contribui para o agravamento do estigma internalizado da pessoa em sofrimento psíquico (Nascimento; Leão, 2019; Leão; Lussi, 2021).

Outros exemplos dessa dinâmica são evidenciados nos discursos de Jasmim e Iris, que revelam a persistência do estigma familiar associado à pessoa em sofrimento psíquico expresso por desqualificações, ameaças de expulsão e julgamentos morais, que tendem a naturalizar o abandono e a segregação das pessoas usuárias:

Os meus outros filhos, não se metem porque eu quem decide em casa, mas se tiverem que opinar diriam que ele tem que ir embora, que eu deveria botá-lo na rua novamente, onde seria o lugar certo para ele [...]. Quando fui buscá-lo em Santos, porque estava na rua e não tínhamos notícias dele há mais de 10 meses, todos me falaram:

– Você é louca de ir lá? Ele está onde merece estar!

E eu falei que iria, sim, era um sinal de Deus e que eu deveria buscá-lo (Iris).

O irmão mais novo sempre avisa que não devo contar com ele e o mais velho também, acha que ele [pessoa usuária] é sem vergonha, um malandro drogado, que é um vagabundo! E aí, fica tudo nas minhas costas, é um fardo bem pesado (Jasmim).

Eu aprendi a lidar com ele, é como se eu estivesse criando uma criança novamente, porque mentalmente ele não vai ser mais igual era antigamente, porque a droga corrói o cérebro [...] (Iris).

Em estudo realizado com nove participantes de um CAPS AD, constatou-se que o estigma repercute de maneira ampla em diferentes dimensões da vida, abrangendo os relacionamentos sociais, o trabalho, a moradia e o próprio senso de cidadania. Os resultados evidenciam, ainda, que o estigma familiar contribui de forma significativa para a desestruturação familiar, não apenas pela experiência narrada pelas pessoas estigmatizadas, frequentemente alvo de estereótipos depreciativos, rotulações e descrédito que reforçam seu isolamento social, mas também pelo estresse e sobrecarga

cotidiana enfrentada pelos familiares, em convivência com seu sofrimento psíquico e às vezes, em processo de adoecimento também (Barros; Serpa, 2022). Assim, observa-se que as relações familiares, o sofrimento psíquico e o estigma estabelecem uma dinâmica de influência recíproca, potencializando os efeitos negativos tanto para a pessoa em sofrimento quanto para seus familiares.

Em 2019, um estudo conduzido no estado do Espírito Santo, entrevistou cinco pessoas em sofrimento psíquico e identificou o quanto os familiares contribuíam, negativamente, para a estruturação do estigma internalizado. Parte deste processo de estigma familiar acontece porque as pessoas familiares acreditam que as usuárias possuem domínio sobre o seu adoecimento e suas repercussões, como se pudessem escolher não estar em sofrimento psíquico, o que contribui para maior vulnerabilidade, bem como para a internalização e concretização de atitudes estigmatizantes, fazendo com que se percebam mais desvalorizadas e discriminadas, de modo que muitas vezes não se sintam apoiadas nem acolhidas por esse núcleo social primário (Nascimento; Leão, 2019).

Esses cenários evidenciam a importância de que os serviços de saúde mental incluam o núcleo familiar como foco de atenção, visando transformar essas relações e favorecer processos de cuidado mais acolhedores. É necessário que os familiares sejam acolhidos pelos serviços e estejam mais próximos do cuidado para ressignificar e reorganizar seu papel social diante do adoecimento, com a redução de atitudes estigmatizantes, impactando satisfatoriamente no cotidiano das pessoas em sofrimento, bem como no próprio cotidiano de seus familiares (Nascimento; Leão, 2019; Leão; Lussi, 2021).

Além do estigma, as múltiplas formas de violência emergem como elementos centrais nos relatos das mães, atravessam os cotidianos nos territórios habitados por elas e pelas pessoas usuárias, sobretudo em momentos de crise, como ilustram os excertos a seguir:

Teve um episódio feio na minha casa, quando ele me agrediu, me bateu. No lugar que eu moro se o filho agride a mãe, eles vão em cima. E sem eu esperar, chegaram os “irmãos” entraram na minha casa pegaram e o levaram, deram uma surra nele! E eu não consegui fazer nada, não bateram perto de mim, puseram no carro, levaram e bateram muito. Depois, quando o trouxeram, falaram:

– Olha, a gente não bateu na cabeça, isso foi para ele ficar mais tranquilo [...] e o seu filho é muito corajoso porque tinha um facão lá,

que ele olhava e pedia gritando para os caras que o pegasse e o utilizasse para matá-lo.

Em seguida me perguntaram se eu queria expulsá-lo, ou poderia deixá-lo ali e eu disse que poderia deixá-lo porque ele era meu filho (Iris).

Teve uma situação que o encontraram e o identificaram pela carteirinha do convênio, então me ligaram e fui buscá-lo, como outras vezes. Mas nessa situação ele havia sido abordado pelos policiais, estava agitado e por fim quebraram as duas pernas dele e uma costela, acho que ele só não morreu pois era branco, foi a partir desse evento que falei:

- Não tem condições, ou você vai para internação involuntária no hospital mesmo, ou a gente vai procurar alguma coisa, a gente tinha que fazer algo! Foi daí que ele me falou que iria procurar o CAPS, fomos pesquisando e mandei o contato para ele, ligamos, marcamos e eu o levei. Depois disso tiveram outros episódios, mas não igual a esse antes de chegarmos no CAPS, teve recaídas, mas não nesse nível de ficar totalmente em surto (Rosa).

A violência institucional também se evidencia nos relatos. Margarida critica duramente o atendimento ofertado em serviços especializados e prontos-socorros, equipamentos que deveriam compor o PTS, que, em vez de acolher e cuidar, reproduzem práticas que considera humilhantes ao desqualificar a queixa das pessoas em sofrimento psíquico, ou questionar sua presença nesses espaços.

Ele precisa fazer uma cirurgia, estamos na lista de espera há um ano, somente o mês passado ele conseguiu fazer uma biópsia, só que ele não tomou medicamento [...] então infeccionou tudo e fomos para o Pronto Socorro [...] E não suporte mais médicos, de algumas especialidades, não sabem como receber uma pessoa que faz tratamento psiquiátrico. Eu gostaria muito que eles soubessem atender e acolher melhor. Estou em todas as consultas do meu filho e tenho encontrado um médico muito estúpido! Vou aproveitar a Conferência do próximo mês para escrever uma carta de moção para alguns médicos de pronto-socorro, para saberem atender [...], um usuário que vai em busca do atendimento. Todos eles merecem ser muito bem atendidos, com dignidade, de ser humano para ser humano. Não de forma estúpida, dizendo que você não tem nada, que você nunca tem nada de errado [...]. Jamais eu quero agredir alguém, mas também não quero ser agredida e nem que agridam meu filho! E muitas vezes eu me sinto agredida pela forma que somos tratados. Ou ficam dizendo que você está no lugar errado [...] eles têm que entender que todos têm cabeça, tronco, membro, olhos além do transtorno psiquiátrico (Margarida).

Essa experiência ecoa o vivido por Margarida e Rosa, que também relatam internações traumáticas em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas, além das violências estruturais marcadas por maus-tratos, insegurança, cárcere e negligência de cuidado, em momentos em que seus filhos estavam em crise.

O meu filho chegou a ficar internado no [Hospital Psiquiátrico], porque aqui [Candido] internava, mas não tinha vaga, ele ficou um mês e pouco, mas foi só uma internação, porque ele estava muito ruim [...] eles maltratavam as pessoas internadas, eu morri de medo dele morrer lá. Porque era um lugar bem mal falado, que nem o Franco da Rocha, ou aquele de Minas Gerais do documentário, você assistiu? [...] Holocausto, pesado, mas real (Margarida)!

Quando ele veio para casa todo machucado, eu não podia nem olhar o rosto dele, nessas horas se olho ele responde com uma agressividade muito grande e em uma destas vezes, foi necessária uma internação involuntária numa dessas clínicas particulares. Eu fui visitar o local antes e no final não era nada do que foi apresentado, era cárcere privado e ele ficou desolado, ficou quatro meses e fugiu para casa, e um cara de São Paulo que o acompanhou até aqui disse:

– A senhora não vai internar ele de novo, porque a situação lá é bem complicada!

Não foi um lugar que liguei de madrugada e mandei vir buscar... ele foi conhecer junto comigo, não decidi sozinha que seria um lugar adequado. Mas no dia da internação, quando ele estava muito alcoolizado, havia usado cocaína, estava delirando, vendo coisas, eu decidi chamar o Samu. No final, isso fez com que ele tomasse consciência do problema dele, foi impactante, mas teve o lado positivo [...] da internação (Rosa).

A violência constitui um determinante social central para a compreensão do sofrimento psíquico no Brasil, dada sua relação bidirecional em que produz adoecimento e torna as pessoas em sofrimento psíquico mais vulneráveis a distintas formas de violência. Dados nacionais revelam a gravidade desse cenário: em 2019, registraram-se 45.503 homicídios, com maior vitimização de pessoas jovens e negras. No mesmo período, 13.520 pessoas morreram por suicídio em um contexto atravessado por desigualdades não somente de raça, mas de gênero (Garcia-Jr.; Ceccon, 2023).

Tais indicadores dialogam com a literatura alertando sobre como as experiências de maus-tratos, negligência, violência doméstica, bullying e perdas traumáticas se associam ao desenvolvimento de transtornos ansiosos, depressivos e pós-traumáticos, evidenciando que a violência opera simultaneamente na esfera micro (relações familiares e comunitárias) e macroestruturais (pobreza, racismo, desigualdade e fragilidade das políticas públicas), alimentando ciclos persistentes de vulnerabilidade (Garcia-Jr.; Ceccon, 2023).

Essa vinculação histórica entre violência e saúde mental marcou também o movimento da desinstitucionalização impulsionada por denúncias de múltiplas violências dentro dos manicômios. No entanto, ainda que haja avanços importantes no escopo da RAPS, a literatura contemporânea demonstra a existência de práticas manicomialis nos serviços

substitutivos, assumindo novas roupagens, como contenções, internações coercitivas, medicalização excessiva e formas sutis de violência técnica presentes no cotidiano profissional e mascaradas pelo discurso clínico (Nunes; Bellini, 2023; Garcia-Jr; Ceccon, 2023). O silenciamento institucional sobre essas práticas, tanto nos serviços quanto na produção de conhecimento, contribui para sua naturalização e perpetuação, reforçando limites estruturais do cuidado em liberdade.

Os achados desta pesquisa convergem com essa perspectiva ao demonstrar que a violência vivida pelas pessoas usuárias e seus familiares não são eventos isolados, integram um ciclo estrutural de exclusões, marcado por práticas de controle social informal, punição moral e respostas violentas produzidas nos territórios. As agressões comunitárias, espancamento policial e intervenções baseadas no medo e na moralidade local, como as vivenciadas por Iris e Rosa, mostram que a crise psíquica ainda é interpretada como ameaça à ordem, justificando práticas violentas. Tal perspectiva encontra respaldo em Delgado (2012) ao argumentar que a violência dirigida às pessoas com transtornos mentais é relacional, articulada a estigma, desigualdade e dinâmicas históricas de exclusão.

Somam-se a isso a permanência de formas de violência institucional (Goffman, 1988; Nunes; Torrenté, 2009; Nunes; Bellini, 2023) expressas nos relatos das mães através da desqualificação do sofrimento e a instauração de práticas coercitivas. As experiências narradas por Jade descritas como humilhantes ilustram a permanência de práticas desumanizadas no atendimento de urgência, que ecoam o argumento de que a violência institucional se expressa na recusa ao acolhimento e na deslegitimação do sofrimento psíquico. Do mesmo modo, as internações psiquiátricas relatadas por Margarida e Rosa, marcadas por insegurança, maus-tratos e ausência de cuidado, confirmam a persistência de lógicas manicomial que reproduzem uma violência institucional em dispositivos que deveriam operar sob a perspectiva da Atenção Psicossocial.

A permanência da perspectiva manicomial não se restringe a questões institucionais pontuais, mas reflete um contexto mais amplo de desmonte da RAPS, que fragilizou o desenvolvimento de práticas acolhedoras e territoriais em toda a rede, dos serviços substitutivos à atenção básica, passando pelas urgências e emergências. A redução de investimentos, a descontinuidade formativa das equipes e o favorecimento de modelos hospitalocêntricos de controle e segregação, como hospitais psiquiátricos e em comunidades

terapêuticas, recolocaram, entre 2016 e 2020, um modelo moralizante e asilar no centro das políticas de saúde mental (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Nunes; Bellini, 2023). Assim, a produção de violência institucional no interior da RAPS é também atravessada por um ciclo estrutural de precarização, o desmonte comprometeu a própria capacidade da rede de garantir cuidado em liberdade, ampliando a vulnerabilidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Nos relatos de Iris, Dália e Tulipa, a crise aparece como um momento em que a violência interpessoal atravessa o cotidiano doméstico, produzindo situações nas quais as mães relatam, simultaneamente, agressões sofridas e práticas de ameaça, contenção e restrição realizadas por elas mesmas, na tentativa de impedir recaídas ou condutas percebidas como perigosas. Iris descreve o medo de ser agredida e a reação sob a forma de ameaça como recurso limite diante da escalada do conflito.

Teve uma vez só, mais forte, que ele veio para cima de mim, quando usou droga novamente, falando que iria para a rua de novo de qualquer forma. Eu falei para ele:

– Experimenta sair no portão para ver se eu não quebro as suas pernas. Então, ele pôs a roupa na mochila, mas voltou para dentro, foi deitar e pegou meu cartão nessa volta, foi bem agressivo... foi bem difícil mesmo [...] isso é coisa que somente mãe suporta viu (Iris)!

Dália, por sua vez, explicita que, diante de sucessivas agressões físicas e psicológicas, recorreu anteriormente a trancar o portão e a bater na filha como forma de contê-la. Ao participar de espaços coletivos do CAPS encontrou alternativas menos violentas, indicando que tais práticas não podem ser compreendidas apenas como escolhas individuais, mas podem ser compreendidas também como respostas forjadas em meio à exaustão, medo e ausência de suporte continuado.

Na crise ela fica violenta, já me agrediu fisicamente várias vezes, fora as coisas que fala, por isso tenho algumas ocorrências e uma protetiva [...] antes eu trancava o portão, brigava com ela, batia nela também, descarregava essa minha frustração no problema. Participando com outras mães, eu vi que só muda o nome e o sexo, são as mesmas histórias e podemos tentar outras formas de fazer as coisas (Dália).

Segundo Dália, a própria filha em momentos de maior sofrimento psíquico, solicita ser contida fisicamente em sua casa, para evitar recaídas e comportamentos que colocam sua vida em risco, entendendo que esta seria uma forma de se proteger. Tulipa relata ainda que sua filha foi vítima de violência sexual e que a partir desse episódio as relações estabelecidas por ela se mostram ainda mais fragilizadas.

Ela quer mudar, ela tenta, ela chora, ela me manda trancar o portão, entendeu? Ela pede ajuda, um dia ela me falou:

– Mãe, você vai ter que me amarrar aqui, eu não estou conseguindo! Eu disse que amarrava era só ela me pedir [...], descobri depois que quando dormíamos, eu e a bebê, ela recebia homens na casa e transava com eles em troca de drogas ou remédios... olha o perigo para ela e para nós (Dália)!

Ela tem esse probleminha que acaba afetando a mente dela, mas ela acha que é normal. Ela conseguiu ter um filho, porque teve uma pessoa que abusou dela, então ela teve um filho. Depois disso, todo mundo que fica com a Orquídea é só para isso, transar e jogar fora, ela nunca teve um relacionamento sério ou longo. É difícil ela perceber isso e ela fica mais traumatizada ainda por ser um pouquinho diferente das meninas, mas eu explico do meu jeito (Tulipa).

Analiticamente, esse conjunto de cenas deve ser compreendido para além da violência puramente expressa. Trata-se de um efeito socialmente produzido quando o manejo da crise é deslocado para o espaço domiciliar sem apoio social e das redes de forma articulada e sem planejamento das ações de cuidado, ampliam-se as chances de arranjos improvisados, restritivos e inadequados. Nesse sentido, encontra-se uma tensão crítica para o PTS. Quando não é possível antecipar a crise e pactuar estratégias compartilhadas com pessoas usuárias, família e rede, o projeto tende a ser substituído por soluções emergenciais, manicomiais e com maior exposição à violência e violação de direitos.

Sob outra dimensão, observa-se que a violência se manifesta também como violência simbólica e violência estrutural. A violência simbólica opera pela desqualificação da palavra da pessoa usuária, pela redução de sua identidade à doença e pela inferiorização moral reiterada nos discursos sociais e institucionais (Emerich; Onocko- Campos; Passos, 2014). Já a violência estrutural, evidenciada nas condições de vida, nas limitações socioeconômicas e no acesso precário às políticas públicas, configura um contexto no qual o sofrimento psíquico é agravado pela pobreza, desemprego e ausência de proteção social (Minayo, 2006; Nunes; Torrenté, 2009). Essas dimensões retroalimentam-se, aparecendo nos relatos deste estudo como abandono, negligência familiar involuntária, práticas de contenção improvisada e dificuldade de acesso a serviços, indicando que o estigma opera como gatilho e como consequência dessas violências.

Nesse cenário, as experiências de Iris, Tulipa e Dália, ilustram de modo contundente como a violência interpessoal pode atravessar tanto o cuidado quanto o desamparo ao relatarem ter sofrido agressões físicas e psicológicas durante episódios de crise e admitem ter recorrido a ações violentas como forma de contenção, frequentemente motivadas pelo desespero, pela falta de outras estratégias, ou alternativas, revelando não apenas o desespero diante da ausência de suporte da rede. Tais práticas revelam como a violência estrutural delega à família, especialmente às mulheres, a responsabilidade pelo manejo do sofrimento (Nunes; Torrenté; 2009; Nunes; Bellini, 2023). Essas mães, frequentemente negras e em condições socioeconômicas precárias, enfrentam a complexidade do cuidado em casa de forma solitária, sobrecarregadas e expostas a riscos (Nascimento; Leão, 2019; Garcia-Jr.; Ceccon, 2023).

Assim, ao articular violência territorial, institucional, simbólica e estrutural, os resultados demonstram que o sofrimento psíquico é frequentemente manejado em contextos marcados por vulnerabilidade, estigma e ausência de suporte, que limita a potência transformadora do cuidado comunitário. Nesse sentido, fortalecer dispositivos como o PTS exige reconhecer que sua efetividade depende não apenas da organização técnica das equipes e do reconhecimento dos protagonismos das pessoas usuárias, mas da construção de redes de apoio capazes de reconhecer e enfrentar as múltiplas formas de violência que atravessam suas vidas.

Os relatos de Dália, marcados por contenções improvisadas e conflitos no ambiente doméstico, evidenciam que, diante da fragilidade das redes, o manejo do sofrimento psíquico recai quase integralmente sobre as famílias, especialmente sobre as mães. Em contextos de vulnerabilidade social, essa responsabilização tende a produzir o que a literatura aponta como privatização do cuidado (Nunes; Torrenté, 2009; Delgado, 2012), na qual a violência emerge como resposta possível diante da ausência de alternativas institucionais. Nessa dinâmica, práticas de proteção extrema e contenções improvisadas passam a compor o repertório cotidiano de manejo da crise, ao mesmo tempo, em que se tornam mais visíveis outras formas de violência que atravessam a vida das pessoas usuárias para além do adoecimento psíquico.

O relato de Tulipa, por exemplo, revela que sua filha foi vítima de violência sexual, experiência que ampliou sua vulnerabilidade, fragilizou suas relações afetivas e impactou profundamente seu senso de proteção. A presença da violência de gênero e da violência sexual como camadas adicionais de sofrimento reforça a interseccionalidade

dos marcadores sociais que estruturam esses territórios. Nesse cenário, as ações realizadas pelas mães evidenciam os limites e riscos de um cuidado familiar exercido com apoio institucional e planejamento insuficientes.

As histórias de vida relatadas são marcadas por vulnerabilidades sociais, relações fragilizadas e episódios de violência doméstica.

*Eu sou muito pé no chão, de verdade [...] porque eu aprendi muito com a vida também. Eu sofri muito, acredito que a gente sempre tem opções. Eu falo para eles que não tive opções: comi comida de lixo, pedi esmola na rua com 10 anos de idade, minha mãe era alcoólatra, mas isso não trouxe para mim esse sentimento de dó ou piedade. Casei-me com o pai deles, quando tinha 14 anos, apanhei até os 38 anos de idade [...]. Com 16 anos fui mãe, depois a cada 3 anos tinha outro filho e falava para mim mesma, que pelos meus filhos tinha que aguentar. Mas quando a caçula tinha 12 anos, eu não aguentei mais e falei:
– Acabou, eu quero o divórcio (Iris)!*

A trajetória de Iris demonstra, explicitamente, que marcadores como pobreza e violência doméstica, somado a raça e gênero são condições que atravessam gerações impactando no sofrimento psíquico, demonstrando que o enfrentamento da violência é indissociável da construção de políticas de cuidado em liberdade, proteção social e promoção de direitos (Nunes; Bellini, 2023). Nesse sentido, reforça-se a urgência de fortalecer dispositivos, como o PTS, capazes de ampliar o suporte às famílias, redistribuir de forma democrática as responsabilidades do cuidado e romper ciclos de exclusão historicamente produzidos, inclusive para pensar em um projeto de cuidado, previamente, para o momento da crise.

Margarida expressa indignação com a recorrente associação da comunidade entre os crimes de ódio e a possibilidade de ter sido cometido pelas pessoas em sofrimento psíquico, indicando como o conceito da loucura ainda segue associado à periculosidade. Para exemplificar, menciona a repercussão de um feminicídio recente ocorrido em seu território:

Eu fico muito triste quando acontecem esses crimes de barbaridade e as pessoas falam que quem cometeu têm transtorno mental, fico ofendida. Vai lá um doutor descabelado [...] e logo fala que é psicopata, por isso age desse jeito, isso quando ele não fala que é esquizofrênico e meu filho é esquizofrênico, então isso me ofende muito. Porque penso assim: quando um homem mata mulher, como este recente, querem logo dizer que é esquizofrênico, isso é tão... Não é porque é esquizofrênico! É que algumas pessoas querem ser donas das outras, isso sim! Mas não, quando alguém escreve que é violento, já

falam que é esquizofrênico e se esquecem que existem pessoas más de coração, ruins (Margarida).

Apesar dos avanços produzidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Atenção Psicossocial que tem como um de seus objetivos alterar o lugar das pessoas usuárias no imaginário social (Amarante, 2013; Morato, 2019), observa-se que o estigma associado à loucura não diminuiu na mesma velocidade das mudanças institucionais e legislativas deste processo (Nunes; Torrenté, 2009). Historicamente, o perigo atribuído à loucura opera como um dispositivo de poder que associa o sofrimento psíquico à ameaça, à ordem social, moral e produtiva, legitimando práticas de vigilância, tutela e exclusão em nome da proteção coletiva (Foucault, 2005). Nessa perspectiva, a vinculação entre transtorno mental e violência não constitui um dado natural, mas resulta de processos históricos de disciplinamento e medicalização que produziram discursos patologizantes e práticas institucionais responsáveis por rotular a pessoa em sofrimento psíquico como “perigosa” (Amassela, 2021; Barbosa; Costa, 2023).

Os achados deste estudo indicam que essa violência simbólica e estrutural permanece operando no cotidiano, mesmo após o fechamento progressivo dos manicômios, moldando percepções sociais instigadas pelo medo e desconhecimento. Tal fato reproduz sujeitos desacreditados e cidadãos com direitos fragilizados e explica por que, apesar da existência dos CAPS como espaços de cuidado e transformação, as pessoas usuárias continuam expostas a práticas violentas no território, nas relações familiares e em outros serviços de saúde.

Em diálogo com os estudos de Nunes e Torrenté (2009), Delgado (2012) e Leão e Lussi (2022), observa-se que o preconceito e a estigmatização seguem alimentando leituras equivocadas que associam a loucura à periculosidade, contribuindo para respostas sociais marcadas pela repressão, pela recusa e pela violação de direitos. Assim, os resultados reforçam que a violência que atravessa a experiência da loucura extrapola o campo da saúde e se inscreve em regimes persistentes de representação social, exigindo que dispositivos como o PTS incorporem práticas emancipatórias capazes de tensionar e romper com esses imaginários historicamente produzidos.

Do ponto de vista das pessoas usuárias, o preconceito e os estereótipos depreciativos constituem barreiras importantes tanto para a busca por cuidado quanto para a permanência no CAPS, incidindo diretamente sobre a produção de vínculos e a adesão ao PTS. Os colaboradores descrevem experiências em que a vergonha, o medo de

exposição e a antecipação de julgamentos produzem afastamentos do serviço e interrupções do cuidado:

A maioria mora longe, na região do Itajaí, Campo Grande [bairros da região noroeste de Campinas–SP], mas é liberado para quem realmente está frequentando, uma passagem válida para 30 dias. Então, tem uma dificuldade maior mesmo que é quebrar o orgulho, a vergonha de pedir ajuda, é que às vezes a pessoa recai e fica envergonhada, volta com medo [...] falo por mim, muitas das minhas recaídas eu não voltava por vergonha, pensava: eu saí bem e vou chegar lá todo arrebitado de novo. Eu, particularmente não tenho vergonha nenhuma de frequentar o CAPS e sim vergonha de quando fico mal, mas já ouvi várias pessoas comentando:

– Eu não quero que o meu vizinho saiba que eu estou aqui... vai achar que sou louco.

Pensamentos deste tipo, acredito que dificultam a chegada ou a permanência (Zico).

Ah eu escuto essas coisas também, precisa da ajuda e não quer ir porque o vizinho está olhando e vai falar.

– E se passa um colega quando eu estiver entrando?

Eu digo para responder que está indo no CAPS e já volta, ou somente que vai ali e já volta, não precisa ficar falando da sua vida (Vini).

Tem um amigo conhecido de CAPS, que a gente se encontrava direto fora também e ele deixou de frequentar o serviço porque o vizinho dele que se dizia amigo, ficava falando que ele era louco por ir ao CAPS

Eu falava:

– Cara, o que importa é o teu bem-estar, entendeu? Mas ele não foi mais [...] parou de frequentar porque o vizinho ficava falando que ele era maluco e mais outras coisas (Dudu).

Nos discursos de Zico, Vini e Dudu supracitados, observa-se a referência a outras pessoas que poderiam beneficiar-se do trabalho do CAPS, mas que não buscaram o serviço ou dele se afastaram para evitar serem reconhecidas como pessoas usuárias do CAPS AD. Essa perspectiva também é apontada pelas mães, sugerindo que o estigma não recai apenas sobre o sujeito, mas também sobre o dispositivo de cuidado, operando como mais um determinante ou marcador social que intensifica a sua desqualificação. Tal comportamento é compreensível considerando-se o rótulo comumente atribuído a essas pessoas como doentes ou perigosas, portanto, incapazes de exercer de forma eficaz uma atividade ocupacional, o que contribui para sua segregação no cotidiano (Uemura; Mariotti; Palm, 2015; Barros; Serpa, 2022). Esses achados evidenciam a necessidade de ampliar, na prática, as portas de entrada do cuidado em saúde mental em diferentes pontos da RAPS já existentes, de modo que a atenção possa ocorrer na Atenção Básica, nos

CECOs, ou em outros dispositivos territoriais que podem constituir espaços de encontros e construção de novas relações, quando a pessoa se recusa a ir ao CAPS AD ou não consegue manter-se nele, para que as pessoas não continuem acessando a RAPS somente através dos serviços de emergências (UPA, SAMU, Pronto Socorro) em momentos de crises dificultando ainda mais uma construção longitudinal do PTS.

Em certo momento, apesar de Zico concordar que o estigma e o preconceito são limitantes para o cuidado em saúde mental, reproduz a mesma lógica ao se incomodar com Ronaldo e solicitar sua exclusão do grupo. E mais uma vez a dinâmica grupal se manifesta com a intenção de diluir aquele desconforto no espaço grupal, como demonstrado nos excertos a seguir:

Eu quero ir embora mais cedo, não dá para ficar muito com esse rapaz aqui do meu lado, ele não está bem, é um doente mental, percebi, mas não tenho paciência ou a senhora o manda sair, ou eu saio [...] Ele tratou esse senhor com falta de educação, foi grosso, não gostei. Então prefiro ir embora, para não ter que agredi-lo, a senhora me deixa sair? Porque eu chego a tremer de raiva (Zico)!

Cara, ele não está bem, você quer trocar de lugar comigo? Todos nós já tivemos dias ruins (Dudu)!

Deixa disso, ele não está bem, nem me ofendi e não tem necessidade de tudo isso (Vini)!

Além do estigma social, Vini e Dudu trazem elementos importantes relativos ao autoestigma e à vergonha que atravessa o cuidado em saúde mental, tanto Dudu quando refere mentir para a ex-esposa para justificar a recusa em ajudar o filho, quanto Vini ao recusar a ajuda oferecida pelo próprio filho, como demonstrado nos excertos a seguir:

Não tenho contato com meus filhos, já faz um bom tempo, uma porque o mais velho está fazendo tratamento também, tem 24 anos e é alcoólatra. E estes dias a mãe dele me ligou pedindo ajuda para interná-lo, eu estava mal em crise e ela me perguntou se eu queria ir junto, seria importante para ele, mas eu menti disse que estava trabalhando. Na verdade, eu estava quebrado na rua e a única coisa que consegui manter foi esse aparelho de celular, o resto foi tudo. Minha sorte que tinha umas coisas guardadas na casa da minha mãe, o que me salvou. Mas enfim, falei que não estava em Campinas, que estava em São Paulo. Como eu trabalhava no restaurante e em vários lugares com eventos, ela acreditou. Porque, não tinha condições, como iria aparecer daquele jeito na frente do meu filho (Dudu)?

Vini, por sua vez, descreve a recusa da ajuda oferecida pelo próprio filho durante um período de vulnerabilidade, atribuindo a si a culpa do agravamento de seu sofrimento psíquico e reafirmando a ideia de ser um problema para os outros.

O meu filho chegou de moto e eu lá na calçada:

– Eu passei aqui para ver como o senhor está, na rua novamente? Volta para casa! O que está acontecendo, pai? O senhor não conversa, não fala nada!

E eu todo sujo, fedido, sem comer direito já fazia 5 dias, sem documentos, virei e falei:

– Não tenho que falar nada com ninguém, deixa eu quietinho no meu canto, já cansei de falar para vocês, que eu sou assim mesmo! O problema sou eu!

Mas eu falo de uma forma meio agressiva, estúpida. Mas eles, coitados, não tem nada a ver, o problema é comigo mesmo. Então, eu sumo para a rua e meu desabafo é na cachaça. Não adianta eu chegar lá e conversar com a minha mulher [...], para não perturbar ninguém eu fico quieto no meu canto e deixo o barco correr.

Eu sei que eu sou doente, mas é difícil! Minha mulher fala para mim:

– Você é doente, cara! Não pode nem sentir o cheiro de álcool, porque você é doente, tem que entender que tem coisas que você simplesmente não pode fazer mais, lugares que não pode ir e pronto (Vini)!

O relato de Dudu evidencia um processo robusto de autoestigma, ele incorpora estereótipos negativos relacionados ao sofrimento psíquico e ao uso de substâncias, produz sentimentos intensos de vergonha e inadequação e, como consequência, o afasta de relações importantes, como a relação com o próprio filho. Essa autopercepção depreciada fragiliza sua identidade e impede o exercício de papéis sociais significativos, elementos centrais descritos pela literatura sobre estigma internalizado. Da mesma forma, o relato de Vini evidencia como o autoestigma interfere de maneira significativa nas relações familiares e sociais, inclusive na recusa em receber apoio social no período de crise, reproduzindo a internalização de estereótipos depreciativos, assumindo para si a culpa e percepção de ser um problema para os outros.

Compreendendo-se o estigma como um atributo profundamente depreciativo que reduz o indivíduo de uma pessoa completa a alguém desacreditado e desvalorizado socialmente (Goffman, 1988), o autoestigma pode ser compreendido como a incorporação desses significados por essa pessoa, com a consequente produção de sentimentos de vergonha, rejeição e isolamento, fragilizando os vínculos familiares e sociais e a própria continuidade do PTS. O estigma internalizado ou autoestigma manifesta-se quando o indivíduo, ao reconhecer o estigma socialmente atribuído à sua condição, passa a concordar com ele e a aplicar a si os estereótipos negativos associados

ao seu adoecimento. Esse processo gera diversas consequências, entre as quais se destacam a redução da autoestima e da percepção de autoeficácia, acompanhadas por sentimento de culpa, vergonha, angústia, raiva e medo de novas discriminações. Tais efeitos contribuem para a percepção de menor direito em relação às oportunidades sociais e profissionais, além de dificultarem tanto a busca por cuidado quanto a construção de maior autonomia (Nascimento; Leão, 2019; Leão; Lussi, 2021).

Entre pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, esse processo tende a tornar-se ainda mais acentuado, em comparação àquelas com diagnóstico de esquizofrenia ou depressão, devido à sobreposição de estereótipos, da loucura, da periculosidade e da criminalidade. Tal sobreposição reforça comportamentos de discriminação antecipatória, sustentados pela vergonha e pelo medo de estabelecer novas relações ou ocupar novos espaços, devido ao receio de vivenciar novamente situações de discriminação, rejeição ou desvalorização, inclusive nos próprios serviços que deveriam acolher esse sofrimento (Leão; Lussi, 2021; Barros; Serpa, 2022).

Nesse cenário, tornam-se necessárias ações territoriais estratégicas no enfrentamento do estigma, com a produção de práticas que integram acolhimento, empoderamento e ampliação da participação social. Uemura, Mariotti e Palm (2015), ao descreverem práticas de terapeutas ocupacionais neste contexto, evidenciam que as ações de enfrentamento de estigma devem se basear tanto na construção de relações terapêuticas pautadas na aceitação, quanto na identificação de barreiras atitudinais que limitam o engajamento das pessoas usuárias nos seus cotidianos. Essa perspectiva converge com o estudo de Leão e Lussi (2021) que demonstra como o estigma também é reforçado em tramas institucionais marcadas pelo silenciamento e pela limitação da participação, indicando a necessidade de dispositivos de cuidado capazes de deslocar práticas tutelares e ampliar a circulação e o exercício da cidadania nos territórios.

Nesse sentido, o PTS configura-se como um dispositivo privilegiado para combater o estigma, ao propor um processo contínuo, corresponsável e implicado, que reconhece a pessoa usuária como sujeito ativo, portador de uma história de vida que orienta a definição dos seus objetivos e caminhos de cuidado. Ao incorporar necessidades, desejos e contextos aos projetos de vida, o PTS cria condições para que os profissionais de saúde desenvolvam, ao lado dessas pessoas, ações que potencializem autonomia, reconstrução das relações sociais, ocupações significativas e inserção territorial, operando

como tecnologia relacional que confronta o estigma ao reafirmar a singularidade e o protagonismo de cada pessoa.

5.4 COTIDIANO

O cotidiano, compreendido como construção sócio-histórica, constitui o espaço onde a vida efetivamente acontece e no qual se materializam as condições concretas de existência dos sujeitos e coletivos (Galheigo, 2020). Longe de se restringir à repetição de rotinas ou à execução de atividades funcionais, o cotidiano expressa a tessitura da vida, atravessada por histórias, relações, afetos, desigualdades e possibilidades de criação, fragilidades e potencialidades dos sujeitos, bem como os aspectos estruturais da Rede de Atenção Psicossocial que podem viabilizar ou, ao contrário, dificultar seus processos de cuidado. Nesta categoria, o cotidiano emerge como território de sustentação do cuidado, atravessado pelo acolhimento, acesso das pessoas aos recursos, disputas em torno da autonomia, sobrecarga do cuidado feminino e dispositivos coletivos de participação.

Nos relatos das pessoas familiares, o acolhimento emerge como um dos principais elementos que favorecem a continuidade do PTS no cotidiano. Rosa, Dália e Jade destacam a disponibilidade do serviço em receber a pessoa usuária nos momentos de crise ou desorganização do cotidiano, bem como a abertura da equipe para escuta das demandas trazidas por seus filhos. Esse achado dialoga diretamente com o que é preconizado pela PNH, que compreende o acolhimento como uma tecnologia de cuidado, não um ato pontual restrito ao momento de entrada no serviço, mas como um processo contínuo que deve atravessar todo o percurso do cuidado, como demonstrado nos excertos a seguir:

Minha experiência no CAPS tem sido acolhedora. Ela tentou se suicidar, foi para UPA, então me ligaram e vim com ela. No começo ela não queria vir, quando finalmente chegou aqui, eu já não sabia quem eu era. Havia perdido minha identidade, porque você se vê em uma situação que não sabe se age como mãe, ou se age friamente, porque tudo a machuca e te machuca conseqüentemente. Então ser acolhida foi essencial para ela e para mim (Dália).

Quando cheguei, fui conversar com o psiquiatra e com a psicóloga, sempre que solicitei uma reunião fui atendida, acho que é um jeito de cuidar diferenciado, que olha para o paciente não só como uma doença e isso me trouxe a aceitação do problema, não botaram panos quentes,

mas eles estavam lá para ajudar [...] então consegui ter uma noção melhor e aceitação da condição dele. Sempre fui acolhida [...], logo no início, já fui convidada para o grupo de família (Rosa).

O F. teve dois episódios graves, precisou ficar no leito, veio, solicitou e ficou. Quando ele não aguenta mais, porque ele vive com aquele desgosto, alucinando, com bastante delírios e com muito medo, muito mesmo! Então, quando ele não aguenta mais, ele vem e solicita a permanência no leito, normalmente é assim, somente desta última vez que não tinha leito para ele (Jade).

Entretanto, para além das tecnologias de cuidado, os discursos das pessoas familiares evidenciam que a continuidade do PTS depende, de forma decisiva, do acesso a recursos materiais básicos, como transporte público gratuito, tratamento medicamentoso e alimentação, como mostram os excertos a seguir:

Ter o passe melhorou, facilita! Senão quando ele tem que vir duas ou três vezes na semana são onze reais por dia e em casa tudo sou eu que banco, então pesa. E teve uma época que eu tinha que pegar ônibus todo dia com ele, mais onze reais... Aqui também tem a refeição que facilita, mas ele é muito nojento [...] acho que ele está com problema para comer, porque ele fala que não consegue comer a comida daqui, mas daí eu faço o que ele pede, mesmo assim não come, parece que não tem apetite (Jasmim).

O remédio não falta, tem o daqui e o do alto custo, ele tem acesso a todos eles. E o passe, que facilita também, porque ele não recebe nenhum benefício, nadinha! Eu não acho certo pedir mesmo porque não falta nada para ele (Iris)!

Ao analisarmos os discursos das pessoas familiares, é evidente que o acesso sem custos ao transporte, ao tratamento medicamentoso e à alimentação fornecida pelo serviço não são apenas apoios complementares: são condições estruturais indispensáveis para que o cuidado aconteça. A continuidade do cuidado é profundamente condicionada por determinantes sociais que incidem sobre o acesso aos recursos básicos de sobrevivência. Os relatos das pessoas familiares demonstram que tais recursos constituem condições estruturais indispensáveis para o exercício do direito ao cuidado. À luz de Hammell (2020), essas barreiras revelam como desigualdades sociais restringem que as pessoas explorem suas capacidades, produzem injustiças ocupacionais e deslocam para as famílias a responsabilidade econômica para a manutenção do PTS. Assim, estar no CAPS depende não apenas do projeto terapêutico, mas da existência de políticas públicas que

assegurem equidade e oportunidades para que as pessoas usuárias possam, de fato, acessar os seus direitos humanos e ocupacionais.

Essa leitura se articula com os achados de Coutinho, Vasconcelos e Amorim (2023) produzidos a partir de narrativas do cotidiano da RAPS de Aracaju, realizada com 611 pessoas usuárias e familiares dos CAPS revelando a magnitude da fome nos territórios: quase metade das famílias adultas e mais de 60% das famílias de crianças relataram que os alimentos acabaram antes de poder comprar mais, além de índices expressivos de pessoas que afirmaram ter passado fome. Esses achados demonstram que a fome impacta diretamente crises psíquicas, adesão ao tratamento, modos de subjetivação e possibilidades de participação social. As autoras defendem inclusive que não é possível produzir saúde mental não reconhecendo esses fenômenos políticos e de produção de sofrimento, assim é importante que os profissionais apostem em práticas inventivas no território, como redes, oficinas e iniciativas de economia solidária e fortaleçam perspectivas interseccionais.

Além das condições materiais e dos recursos básicos, as mães descrevem que a própria dinâmica do sofrimento psíquico incide diretamente sobre o cotidiano, produzindo isolamento, desorganização da rotina e dificuldades de adesão às atividades comunitárias e falta de prazer.

O adoecimento dificulta as coisas. Ele vai ao CAPS, mas não quer comer lá, porque acha que têm veneno na comida, então logo vêm embora [...] E eu não gosto que ele fique assim, porque eu fico assustada, preocupada, como agora, eu já tenho pouco contato com ele [...]. Porque ele fica somente em casa, depois dessa Pandemia é tudo online não sai do quarto (Margarida).

Parece que ele não sente prazer, vontade de fazer as coisas, nada... ele foi ficando assim, parece que vem aqui com a intenção de fumar somente. Falo para ele se cuidar mais, que eu pagaria uma academia, um curso, até o Pilates eu paro de fazer para ele fazer, mas ele foi perdendo o gosto por tudo. E ele era o filho que nunca me deu trabalho, estudava, fazia academia, cheiroso, bom moço, até a primeira crise há dez anos e agora não sente prazer de viver (Jasmim)!

Os relatos de Margarida e Jasmim, ao evidenciarem isolamento no quarto, desorganização do cotidiano e perda de prazer de viver, reforçam que a continuidade do PTS não é tensionada apenas por recursos ou adesão, mas pela própria dinâmica do sofrimento, que estreita as relações sociais, ocupação territorial e participação. Nesse sentido Kinoshita *et al.* (2020) propõem deslocar o PTS para uma perspectiva que

incorpore, de forma sistemática, dimensões diretamente implicadas nessas vivências, como o bem-estar psicológico, padrão de vida e felicidade, reconhecidas como determinantes do bem viver no cotidiano. Ao compreender que para o bem viver é necessário o fortalecimento das relações e dos modos diversos de viver coletivamente, os autores sustentam que o isolamento e a falta de prazer não se resolvem apenas com ações protocolares, mas com projetos que recriem tempos, espaços e encontros significativos. Assim, ao tratar a busca da felicidade como ética não normativa, isto é, como um eixo mobilizador de movimentos, mediações e articulações no território, o PTS convida a pessoa usuária a traçar projetos, orientados à produção de vida e autonomia.

No campo da autonomia, os relatos das mães revelam uma dimensão ambivalente, ao mesmo tempo em que é valorizada por Margarida como componente essencial da vida adulta de seu filho, é também percebida como um fator que pode dificultar a manutenção do PTS. A autonomia financeira, em particular, é apontada por três participantes (Rosa, Íris e Dália) como um risco potencial, pois estaria associada a possíveis recaídas e ao uso abusivo de substâncias psicoativas, comportamento recorrente no percurso de cuidado de seus filhos. Ainda assim, Margarida enfatiza a importância de preservar a autonomia do filho, mesmo em momentos de adoecimento intenso.

Eu nunca atravessei a frente do meu filho para nada, acho que ele tem que ter essa autonomia, para ir aonde quer, comprar a roupa que ele quer usar, cuidar do dinheiro dele, ter a religião dele, que ele doa dinheiro inclusive. Mesmo quando ele estava mal e permaneceu internado um mês, nunca atravessei na frente dele. Se você encontrar com o meu filho, você pensa que ele é um funcionário no CAPS e não usuário, ninguém fala que ele tem esses problemas (Margarida).

Não fui atrás de benefício nenhum, porque ele está em casa, tem o cantinho, o lugarzinho dele e já percebi que dinheiro na mão dele não pode ter, ainda não, dificulta tudo! [...] Ele é trabalhador, andou fazendo biquinhos e cada vez que recebeu teve recaída. Então, já falei para ele que dinheiro na mão dele não (Íris)!

Ela recebe o Bolsa Família, só que eu divido em três. Uma parte é dela, uma parte da criança e uma parte da poupança, para elas mesmas. Já tem até um dinheirinho guardado, mas ela não tem acesso a essa poupança, senão não duraria um dia, infelizmente (Dália).

Da mesma forma, Dália e Iris referem estratégias de cuidado e controle, justificadas como formas de proteção diante de situações anteriores de risco em que estas pessoas estiveram imersas, evidenciando que a autonomia para transitar é cotidianamente negociada, limitada e monitorada, como evidenciado a seguir:

Autonomia de sair? Tinha! Entrava e saía umas cinquenta vezes durante a noite. Então, eu soube por um vizinho, que quando dormíamos ela trazia diversos homens para nossa casa, olha o perigo: eu e a neném lá! Então, agora o portão sempre está trancado, eu fico com a chave, ela precisa avisar, pedir para sair e entrar (Dália).

Eu o trancava quando ele voltou para a casa, ele falava que eu era uma mãe doida. Caso contrário, eu não poderia sair de sábado na casa das minhas irmãs ou nas festas de família. Eu até chamava, mas ele não queria ir, então ficava trancado dentro da minha casa, eu trancava a casa e portão, ele ficava lá, eu deixava comida, televisão, tudo arrumadinho para ele [...] hoje só tranco durante a noite (Iris).

A compreensão de autonomia expressa pelas mães, sobretudo quando associada à dificuldade de manutenção do PTS por comportamentos prejudiciais à saúde, contrasta com a concepção amplamente adotada pelos profissionais da Atenção Psicossocial, para os quais a autonomia constitui um dos pilares das práticas de cuidado. Como argumenta Hammell (2020), a autonomia não se restringe a uma decisão individual, mas refere-se à capacidade real de exercer escolhas significativas, sustentada por condições sociais, materiais e institucionais que favoreçam a participação plena na vida cotidiana. Nessa perspectiva, trata-se de um direito cuja efetivação depende diretamente da equidade de oportunidades que possam superar os limites impostos no cotidiano.

Nos relatos analisados, contudo, observa-se que a autonomia não aparece como um conceito abstrato, mas como uma prática situada e cotidianamente negociada, marcada pelas fronteiras entre proteção, medo, cuidado e as adversidades do sofrimento psíquico. Nesses contextos, a autonomia e o risco podem tornar-se categorias entrelaçadas, levando as pessoas familiares a construir seus próprios arranjos de manejo, que podem ser distintos dos parâmetros profissionais, para garantir segurança e continuidade do cuidado.

Nessa direção Oliveira, G. (2008) e Depole (2018) apontam que a autonomia não implica independência absoluta, mas constitui um processo relacional, apoiado por vínculos, mediações e condições que ampliam a capacidade das pessoas de enfrentar desafios e realizar escolhas em seus territórios de vida. Os resultados desta pesquisa evidenciam que a divergência entre os sentidos atribuídos à autonomia por pessoas familiares e profissionais, portanto, não expressa equívocos, mas revela descompassos estruturais entre os objetivos institucionais do PTS e as estratégias concretas

desenvolvidas pelas pessoas familiares para lidar com situações reiteradas de vulnerabilidade e risco.

Assim, a análise dos relatos mostra que a autonomia, longe de constituir uma noção homogênea, é uma prática disputada e situada, cujos sentidos variam conforme as trajetórias de sofrimento, as condições socioeconômicas e as experiências territoriais vivenciadas pelas pessoas usuárias e familiares. Ao invés de enfraquecer o PTS, essa complexidade evidencia a necessidade de práticas mais dialógicas, capazes de reconhecer e incorporar os saberes das pessoas familiares como parte constitutiva da construção compartilhada do cuidado no cotidiano.

No que se refere à organização do cotidiano das mães, Rosa e Iris referem que embora os filhos constituam uma preocupação constante em seus cotidianos, suas rotinas não se restringem exclusivamente a maternidade, sendo atravessadas por outras atividades que compõem e organizam suas vidas diárias.

Gosto muito de atividade física, corporais as quais eu busco depois que me aposentei, também participo de um grupo de leitura e tenho minha vida social, saio com as minhas amigas.

Mas eu fiquei um tempo meio estagnada, agora tenho seguido orientação do grupo de família, tenho que procurar uma terapia, isso ainda não fui, mas busco ajuda da minha professora de yoga, que é formada em psicologia, quando preciso e ela me dá um suporte (Rosa).

De modo semelhante, Iris observa uma naturalização da dedicação constante ao cuidado dos outros, com pouco espaço para o autocuidado, revelando um cotidiano marcado pela sobrecarga e pela invisibilização das próprias necessidades.

Eu cuido dele, mas tenho minhas coisas: todo sábado e quarta à noite temos o cultinho das crianças e fazemos um café no bairro para mais de oitenta crianças. É um projeto assistencial que montamos no bairro. Nas segundas-feiras, a partir das seis da tarde eu distribuo sessenta sacolas de frutas e verduras que eles entregam na minha casa e eu que tenho a lista com o nome das pessoas que receberão [...] nas quartas quinzenalmente acompanho meu outro filho no médico psiquiatra do exército, de segunda venho para o grupo de família e cuido das minhas netas diariamente. Meus dias rendem! E eu não sinto cansaço, acho que ainda não parei para pensar no que faço para mim, mas sou saudável, não tomo nenhum remédio e não tenho problema de saúde (Iris).

Apesar dessas diferenças na organização do cotidiano, as participantes Rosa, Dália, Iris, Jade e Jasmim convergem ao se reconhecerem como as únicas ou principais

responsáveis, em seus núcleos familiares, pelo cuidado e pelo suporte ofertado às pessoas usuárias, como demonstrado nos excertos a seguir.

Ela se sente mal, rejeitada, abandonada, sem forças. Ninguém a quer, nem o pai ou o irmão. Na minha família sou eu quem a socorre, o irmão socorre a sobrinha, mas a irmã não! E ele é uma boa pessoa, mas cansou e se pôs esse limite, eles nem têm mais proximidade, têm uma relação bastante fragilizada (Dália).

Eu cuido dele e da casa sozinha, não é nada fácil. O pai dele quis ajudar, porque ele nunca ajudou em nada, então levou para morar junto por dois meses, não deu certo! Ele voltou surtado [...] É Deus que me sustenta, sendo bem sincera, é meu alicerce, se não fosse Deus na minha vida, eu não conseguiria, imagine você sozinha! Ele sempre coloca pessoas boas para me ajudar, como o pessoal do CAPS [...]. Então, eu consigo manter e sustentar a casa, pago aluguel, água, luz, internet, comida para dois homens, muito para uma cabeça sozinha (Jasmim).

Sou sozinha para cuidar deles, os irmãos se dão bem, se preocupam, o meu filho mais velho se preocupa mais, já a minha filha está longe. Às vezes, ele reclama que não sabe o que está acontecendo, mas eu não gosto de preocupá-los [...]. Perdi meu marido em 2019, então ficou mais difícil porque quando ele estava vivo, algumas coisas do tratamento por mais que não concordasse ajudava, hoje eu não tenho ninguém para ajudar e são dois filhos assim, é uma facada (Jade)!

Esses relatos dialogam com estudos que caracterizam o perfil das pessoas familiares que frequentam os CAPS, cuja maioria é composta por mulheres, especialmente mães, que assumem a responsabilidade pela busca, organização e manutenção do cuidado das pessoas usuárias, frequentemente de forma isolada no cotidiano (Bustamante; Onocko-Campos, 2020; Lins; Rodrigues; Ferreira, 2020). Os achados desta pesquisa reforçam a literatura que aponta a feminização do cuidado em saúde mental, evidenciando que as mulheres, assumem a centralidade do cuidado.

Assim como descrito por Eloia *et al.* (2018), essa responsabilização não se apresenta como uma escolha individual, mas efeito das desigualdades de gênero que naturalizam o cuidado como atribuição feminina. Nos relatos das participantes, observa-se que essas mulheres acumulam múltiplas funções, cuidado com o familiar, a gestão da vida doméstica e, em alguns casos, atividades laborais, comumente sem suporte institucional suficiente. Tal sobrecarga repercute tanto no desgaste emocional, quanto na limitação de espaços de autocuidado e participação social, aspecto reiterado pelas mães que relatam a necessidade de buscar outros dispositivos de escuta e autocuidado.

Considerando a compreensão de Belotti e Ferigato (2025) que caracterizam a violência de gênero como uma característica estrutural, relacional e historicamente construída, diretamente voltada às desigualdades de poder entre homens e mulheres, sustentadas pelo patriarcado, é possível compreender essa sobrecarga como expressão das assimetrias de gênero que atravessam o cotidiano dessas mães. A violência de gênero manifesta-se por meio de diferentes formas: física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, de maneira desigual, atravessada por marcadores sociais como classe, raça/cor e condições de vida, o que produz impactos mais severos sobre mulheres em contextos de maior vulnerabilidade social. Nessa perspectiva, a violência de gênero é compreendida como uma característica socialmente determinada, cujas repercussões incidem sobre a saúde mental das mulheres, produzindo diferentes formas de sofrimento psíquico e configurando-se como um importante desafio para a saúde coletiva.

Diante desse cenário, torna-se fundamental que os profissionais de saúde não naturalizem a atribuição do cuidado às mulheres, especialmente às mães, nem a sobrecarga que dela decorre, tanto na construção dos projetos terapêuticos quanto no cotidiano dos serviços de saúde mental. A problematização crítica dessas dinâmicas e a promoção de ações que ampliem e fortaleçam as redes de familiaridade, mostram-se imprescindíveis, sob pena de o PTS reproduzir institucionalmente mais uma forma de violência de gênero. Assim, evidencia-se que, ao mesmo tempo, em que se espera que as mães sustentem o PTS e o cuidado cotidiano, os projetos terapêuticos, em sua maioria, não colaboram para a construção de um cotidiano saudável para essas mulheres, muitas vezes à custa de sua própria saúde mental.

As mães Rosa, Tulipa, Margarida, Iris e Dália relataram participar dos Grupos de Família nos CAPS de referência de seus filhos, como componente do PTS. Atribuem a esses grupos um papel significativo no cotidiano, por favorecerem o estabelecimento de relações mais saudáveis com os filhos.

Nós, as mães, temos as pessoas que conversam conosco no grupo de familiares. É um grupo fixo sabe? Assim a gente conversa, desabafa, fala um pouco de nós mesmas também, porque temos que estar bem... Então é muito gostoso, muito bom mesmo (Tulipa).

E o grupo de família me deu o que precisava, me deu a segurança que precisava, aprendi a falar o não para ele, sem me sentir culpada de estar falando o não. Eu aprendi a negar o que eu tinha, como o dinheiro que eu não dou, sem me sentir culpada. Eu aprendi a lidar com ele, porque é como se eu estivesse criando uma criança novamente,

mentalmente ele não vai ser mais igual era antigamente, pois a droga corrói o cérebro (Iris).

Eu comecei no grupo de família para ela não desistir de vir e foi a melhor coisa que fiz. Só tem mãe e tem até mãe que o filho não está vindo mais, mas nós a mantemos no grupo [...] quando chega o domingo, estamos combinando o que faremos na segunda, agora vai ter um almoço na casa de uma das mães, às vezes marcamos o nosso encontro nas nossas casas mesmo (Dália).

Os grupos de familiares são o principal dispositivo de participação nos CAPS, sendo amplamente reconhecidos como espaços de apoio e troca. No entanto, sua inserção no PTS tende a ocorrer de forma normativa e prescritiva, limitando a participação ativa das pessoas familiares nos serviços. Observa-se, ainda, baixa presença desses sujeitos em instâncias deliberativas, como assembleias e conselhos gestores, associada à fragilidade do diálogo entre equipes e pessoas familiares sobre os rumos do cuidado psicossocial.

Embora a literatura destaque diferentes estratégias de inclusão dos familiares (Constantinidis, 2017; Vasques; Bernardino, 2019; Vasconcelos, 2021) ainda permanece restrita sua participação efetiva na construção do PTS. Os dados desta pesquisa reforçam a necessidade de práticas que reconheçam os familiares como sujeitos do cuidado, superando abordagens normativas e ampliando espaços de escuta, acolhimento e corresponsabilização.

Margarida, única pessoa familiar que refere participação nas assembleias do CAPS, expressa frustração e sofrimento diante da baixa adesão de outros familiares e pessoas usuárias a esse espaço coletivo. Seu relato evidencia o esvaziamento do dispositivo e a baixa participação das pessoas familiares.

A Assembleia, não tem, porque não vai ninguém ou acaba indo sempre as mesmas pessoas, não tem coro, vai dois ou três usuários e familiar então, muito menos. As pessoas não têm interesse nenhum, isso me dói muito! Sou do tempo da Luta... eu não estou mais suportando ver isso quando tem Assembleia, porque o meu filho pode estar como ele estiver, mas eu nunca vou abandonar (Margarida).

Neste contexto as assembleias configuram-se como dispositivos coletivos de cuidado e de gestão democrática, constituindo espaços de convivência, diálogo e deliberação, nos quais as pessoas usuárias podem participar das decisões institucionais, dos processos relacionados ao cuidado e participar de fato do controle social da saúde. Conforme Junqueira, Carniel e Mantovani (2015), trata-se de um dispositivo

fundamentado em relações de horizontalidade e cogestão, que possibilita as pessoas usuárias opinar, propor, refletir e decidir sobre questões do cotidiano do serviço e conflitos institucionais. Porém, a existência formal de dispositivos participativos não garante, por si só, a produção de espaços efetivos de escuta e deliberação, sobretudo, quando há baixa adesão e fragilidade na sustentação institucional dessas práticas.

As pessoas familiares relataram, de modo geral, satisfação com o cuidado ofertado pelos CAPS, afirmando sentirem-se acolhidas e bem assistidas nas demandas relacionadas às pessoas usuárias. Ainda assim, Rosa, Jasmim e Dália referem a necessidade de buscar outros espaços para o autocuidado em seus cotidianos, indicando limites do serviço no acolhimento das demandas próprias das pessoas familiares, conforme relatam a seguir.

Sempre fui bem atendida e quando pedi atendimento fui acolhida. No ano passado, falei com a psiquiatra, com a psicóloga e fui convidada para o grupo de família [...] eu fiquei um tempo estagnada, mas agora tenho seguido orientação do grupo de família, ainda tenho que procurar uma terapia, ainda não fui e no dia que aconteceu um evento pior, eu busquei uma profissional para mim, mas a psicoterapia mesmo que preciso, ainda não consegui buscar (Rosa).

Cheguei logo depois que ela tentou se suicidar, a UPA que nos mandou para o serviço. Desde o começo fui bem acolhida e bem atendida [...]. Eu estou tendo sessão com a psicóloga do Postinho, não é por causa somente da B., vim de um trabalho muito estressante até me aposentar, porque os meninos que eu gerenciava se produziam de vigilante, botavam uma arma na cintura, sentiam-se os super-homens. Então eu chegava com um metro e meio de mulher, mandando em um homem de quase dois metros, era difícil e fiquei nessa por 10 anos (Dália).

Entre as pessoas usuárias, Pelé, Dudu, Zico e Vini descreveram suas experiências no CAPS de forma positiva, evidenciando o acolhimento inicial durante a chegada no serviço ou retorno durante episódios de agravamento do sofrimento psíquico. Inclusive o relato de Zico evidencia a não linearidade do cuidado e a possibilidade de retorno ao serviço, mesmo após afastamentos como descritos nos trechos a seguir:

Quando cheguei no CAPS, era militar da reserva. Botei minha farda e a agarrava, porque para mim é prazeroso usá-la e lembrar o homem que fui. Então, fui muito bem recebido [...] A doutora me falou como seria, quais seriam os benefícios, me propôs atividades já na próxima semana, como Oficinas e outras coisas que me fizeram retornar. Elas falam que precisam entender o que estamos passando lá fora, para pensarmos numa ação, uma coisa prática, para achar uma forma de nos ajudar a lidar com o problema de lá de fora. Faz mais de 3 anos,

tive altos e baixos, recaídas e situações que senti que eu estava curado, me afastei e ela [psicóloga] me disse:

– Você não está curado, mas a vida é do senhor.

Fui para o fundo do poço! Ainda assim, retornei e eles me acolheram, procurando entender o problema que a gente enfrenta (Zico).

Dudu contrapõe experiências de rejeição vividas em outros dispositivos ao acolhimento contínuo oferecido pelo CAPS, que descreve como espaço de referência e pertencimento. E em outro momento, ao relatar intensa dor psíquica e ideação suicida, o participante destaca a possibilidade de acionar o serviço como elemento fundamental de sustentação:

Eu estava em crise e bati na porta de uma comunidade terapêutica de um conhecido, que virou as costas para mim. Aquilo me frustrou mais ainda, mas o CAPS nunca fechou as portas para mim, sempre fui bem acolhido estando bem ou mal [...] eles são minha família, tenho sim minha família de sangue, mas tenho minhas dificuldades com eles, e nestas horas não é para eles que irei pedir ajuda, não consigo (Dudu)!

E estava cada vez mais me afastando de todos e tentando achar alguém para culpar. Mas no final eu sempre fui o culpado e quando entendi isso... foi o dia que cheguei naquele ponto de decidir e falar:

– Vou me matar, vou acabar com a minha vida.

Por causa desse ciclo que eu ficava, somado à dor da perda do meu pai, assim todo mundo teria paz, mas imagina como minha mãe iria se sentir, coitada! Então foi um poder Divino que me salvou e a S. do CAPS, porque eu sabia que podia ligar lá, aquela menina é um anjo da guarda, ela é muito boa, me acolheu na hora daquela dor maior (Dudu)!

O acolhimento, a escuta e a empatia da equipe do CAPS diante das adversidades cotidianas, aparecem como elementos que favorecem a continuidade e a sustentação do Projeto Terapêutico Singular, conforme explicitado por Dudu:

Parece que o pessoal do CAPS troca de sapato com a gente, entendeu? É realmente o que a gente sente, é um lugar que me senti acolhido e aquilo me deu liberdade para sentir e falar:

- Que legal, estou num lugar bacana, posso ir tentando compreender minha doença, porque para mim é uma doença progressiva, cruel e fatal, disso eu não tenho dúvida. Não tenho que reclamar. São profissionais totalmente, preparados, confio no trabalho e neles. Agora estou num período difícil, em leito [...] porque passei por um processo de recaída bem doloroso, pesado! Perdi meu pai há 2 meses, então, me perdi um pouco e fui acolhido novamente pelo CAPS (Dudu).

Os resultados confirmam e demonstram que o acolhimento se constitui como uma das tecnologias de cuidado do CAPS, cuja função extrapola o momento inicial de acesso

ao serviço e atravessa o cotidiano das práticas. Conforme discutem Ballarin *et al.* (2011), o acolhimento articula, de modo indissociável, a escuta qualificada e a postura ética, configurando-se como uma prática cotidiana que sustenta a construção de vínculos, a responsabilização compartilhada e a produção do cuidado em liberdade. Nessa perspectiva, acolher implica reconhecer a pessoa usuária como sujeito de direitos, portadora de desejos, necessidades e projetos singulares e construir, a partir do encontro, possibilidades de cuidado que não se restringem a respostas técnicas, mas se constituem relacionalmente no cotidiano.

Os participantes relatam experiências marcadas por acolhimento, escuta e disponibilidade da equipe, especialmente nos momentos de crise. As narrativas evidenciam que o reconhecimento da singularidade, a possibilidade de retorno ao serviço após afastamentos e a abertura para o diálogo favorecem a continuidade e a manutenção do PTS, mesmo em trajetórias marcadas por interrupções. Por outro lado, os dados revelam que o acolhimento nem sempre se estende de forma equitativa às demandas das pessoas familiares, que buscam outros espaços para o autocuidado e a escuta, indicando limites institucionais na ampliação dessa prática para além das necessidades diretamente relacionadas às pessoas usuárias.

Ao compreender o acolhimento como um processo contínuo e condição fundamental para a construção e o acompanhamento do PTS, observa-se que, nesses encontros, produzem-se espaços de escuta e de reconhecimento das experiências das pessoas usuárias e de seus familiares. Conforme apontam Pinho, E., Souza e Esperidião (2018), quando efetivado como compromisso coletivo da equipe, o acolhimento fortalece vínculos, amplia a corresponsabilização e sustenta práticas de cuidado; contudo, quando reduzido a um procedimento formal ou desvinculado da organização do trabalho, tende a perder sua potência ético-política, reproduzindo lógicas unilaterais. Assim, sua efetivação cotidiana revela-se fundamental para a consolidação de uma clínica psicossocial que reconheça a singularidade e tensione práticas tutelares ainda existentes nas dinâmicas de trabalho das equipes.

A busca ativa é mencionada por Dudu como uma prática relevante para a continuidade do cuidado em saúde mental, especialmente em situações de afastamento do serviço e do PTS em curso. Em seu relato, o participante evidencia como os contatos realizados pela equipe operaram como marca de sustentação do vínculo e como

possibilidade concreta de retorno, mesmo diante de seu próprio movimento de retraimento e sofrimento.

Eles ligarem ajuda. Fazia 8 meses que não aparecia no CAPS. Eu tinha sumido, porque eu estava trabalhando muito, o meu trabalho me sobrecarregava bastante e, na verdade, eu me afundava nele para fugir do resto do mundo [...]. Pelo fato de eu ter sumido eles ligavam em casa, mas eu não atendia, só atendia minha mãe, qualquer outra pessoa eu desligava o celular, mas eu sabia que eles estavam lá, cada vez que ligavam me lembravam que estavam lá. Eu já estava com toda aquela tristeza que vem chegando, depois a abstinência, mas tinha vergonha de admitir, mas sabia que poderia procurá-los quando precisasse (Dudu)!

Dessa forma a busca ativa é vista como uma estratégia do cuidado relacional nos CAPS, especialmente em contextos de risco de ruptura do vínculo, intensificados em momentos de crise. Trata-se de um movimento intencional da equipe em direção às pessoas usuárias, particularmente às que se encontram faltosas, em sofrimento agravado ou em risco de abandono do acompanhamento, operacionalizado por meio de contatos telefônicos, atendimentos por videochamada e visitas domiciliares. Assim, a busca ativa não se reduz a um procedimento administrativo, mas sim como uma tecnologia leve do cuidado, sustentada pelo compromisso ético e pela corresponsabilização da equipe. Ao deslocar o cuidado para o território e “ir ao encontro” das pessoas, essa prática possibilita o fortalecimento dos vínculos e a retomada do acompanhamento, contribuindo para a reconstrução do PTS (Siqueira, *et al.*, 2022).

Ainda no plano dos dispositivos coletivos, a assembleia é apontada pelas pessoas usuárias como um espaço de troca e escuta. Diferentemente das pessoas familiares, as pessoas usuárias relatam participação frequente nesse dispositivo coletivo, como demonstram os excertos a seguir:

Toda quarta-feira tem assembleia, acho importante porque é onde podemos discutir melhorias para CAPS, que interferem no nosso tratamento, além da doença, qual a nossa opinião. Poder estar ali com a gestora e os profissionais reunidos é uma proposta muito interessante em que podemos dar novas ideias (Zico).

Toda quarta-feira eu participo da Assembleia também, acho importante (Ronaldo).

Eu participo de segunda-feira (Pelé).

É uma oportunidade para falar dos prós e dos contras e ajuda muito na continuidade, a gente falar sobre o que precisa mudar (Zico).

Na perspectiva das pessoas usuárias, as assembleias são reconhecidas como espaços legítimos de participação, expressão e decisão, nos quais é possível intervir no funcionamento cotidiano do serviço e exercer o direito à palavra, aspectos que incidirão sobre seus projetos de cuidado. As assembleias possibilitam que as pessoas usuárias opinem sobre regras, acordos coletivos, atividades, conflitos e organização institucional, favorecendo o protagonismo, historicamente fragilizado pelo modelo manicomial (Junqueira; Carniel; Mantovani, 2015).

Para os participantes, esse dispositivo constitui um espaço de acolhimento e convivência coletiva, no qual experiências e questões do cotidiano podem ser compartilhadas, contribuindo para a construção de vínculos e ressignificação de suas trajetórias de cuidado, para além do diagnóstico. Ao mesmo tempo, o estudo de Junqueira, Carniel e Mantovani (2015) evidencia que as assembleias não estão isentas de tensões, conflitos e assimetrias de poder, revelando ambiguidades entre cuidado, controle e normatização da convivência. Ainda assim, tais contradições são compreendidas pelas pessoas usuárias como parte do próprio exercício de participação democrática, configurando-se como oportunidades de negociação, corresponsabilização e aprendizagem coletiva, reafirmando o caráter clínico-político das assembleias no contexto da Atenção Psicossocial.

No que se refere aos fatores que favorecem a continuidade do PTS, os participantes Pelé, Dudu, Zico e Vini destacam aspectos pessoais que consideram determinantes para a manutenção do PTS, como força de vontade, determinação e fé. Esses elementos aparecem nos discursos como requisitos centrais para sustentar a adesão ao PTS, ainda que reconheçam o papel da equipe do CAPS como ofertante de recursos e propostas terapêuticas, conforme evidenciado nos excertos a seguir:

A força de vontade, que nem o rapaz falou, porque eu nem tenho essa dificuldade de transporte, moro pertinho, do lado, sobe a esquina e já estou no CAPS. Depende de mim, de me responsabilizar, de me comprometer que terei, por exemplo: um grupo de duas horas e me preparar para isso. Ter essa persistência facilita, porque eles [equipe do CAPS] dão as ferramentas para a gente. Então, cabe a mim fazer o que é pensado (Dudu).

Eu acho que vai de cada um, mas para mim é a fé de até onde você pode chegar, isso vai facilitar (Pelé).

Mas acho que primeiramente é a força de vontade, a persistência tem que ter, sim, porque eles [profissionais] dão as ferramentas para a gente, então temos que fazer a nossa parte (Vini).

Mas também faz parte, uma leva a outra. Entendeu (Zico)?

Embora esses discursos expressem uma valorização da responsabilização individual, os próprios relatos tensionam essa perspectiva ao evidenciarem que a continuidade do PTS depende, de forma decisiva, do acesso a recursos materiais mínimos, como alimentação, moradia e transporte público gratuito. Zico descreve de maneira contundente como a ausência desses recursos inviabilizava sua participação no CAPS:

A locomoção acessível facilita, porque quando eu não tinha esse bilhete gratuito eu não conseguia ir, então isso é o principal fator, porque se você não tem acesso, você nem começa. Antes disso minha vida era somente droga e eu ficava ali na rua, ficava nervoso, queria ir ao CAPS, mas não conseguia chegar. Às vezes eu até tinha força de vontade o suficiente, mas eram duas horas e meia andando a pé para ir até o CAPS e duas horas e meia para voltar, então desanimava, ficava mais nervoso ainda, precisando do CAPS e não tinha como chegar, então vinha o desespero e para passar aquela agonia, usava a droga novamente que já estava na mão (Zico).

Em outro momento, Dudu ressalta a centralidade da moradia como condição para a sustentação de um espaço saudável no cotidiano:

Pensando na minha experiência tem que ter um lugar para ir, uma moradia, tem que saber para onde voltar. Quando sai bem, mas perdido, sem saber para onde iria após dias no CAPS, não deu muito certo (Dudu)!

Esses excertos evidenciam uma tensão importante entre perspectivas que individualizam o cuidado, atribuindo ao sujeito a responsabilidade quase exclusiva pela continuidade do PTS e as limitações impostas pelas condições concretas de vida. Quando a força de vontade é colocada como eixo central do processo, ainda que acompanhada da oferta de “ferramentas” pela equipe, corre-se o risco de invisibilizar determinantes sociais e cotidianos que efetivamente sustentam ou inviabilizam a continuidade do PTS.

Conforme discutido por Salles e Matsukura (2016) e Galheigo (2020), o cotidiano constitui o espaço onde o PTS efetivamente se desenrola e não pode ser dissociado das

condições concretas de existência. O cotidiano não se reduz à rotina ou à repetição de atividades, mas expressa a tessitura da vida, atravessada por relações sociais, acesso a direitos, afetos e possibilidades de ação no mundo, revelando redes, tensões e potências. Nesse sentido, os relatos dos participantes evidenciam como, por vezes, o PTS e o cotidiano parecem operar em cenários distintos, quando, na prática, são indissociáveis.

Os excertos de Zico evidenciam de forma contundente que o acesso a recursos mínimos, como transporte público gratuito e moradia, constitui condição fundamental para o início e a continuidade do PTS. A impossibilidade de chegar ao CAPS, apesar da “força de vontade”, explicita que o cuidado não se sustenta somente no desejo individual, mas depende de condições concretas que o sustentem no cotidiano. A ruptura do cuidado, nesse caso, não decorre da falta de compromisso, mas da inviabilidade concreta de ocupar o território.

As pessoas usuárias Pelé, Dudu, Zico e Vini referem perda de autonomia para circulação social, autocuidados e autonomia financeira em decorrência do sofrimento psíquico e suas repercussões, como demonstrado nos excertos a seguir:

Eu lembro que tirei minha carta de motorista porque iria para São Paulo, para trabalhar cortando cabelo num salão. Então, teve um dia que saí de casa, numa segunda-feira e fui até São Paulo. Cheguei lá e estava sem dinheiro, não sabia para onde ir. Não tinha como encontrar a casa da minha irmã. Então eu me joguei da ponte, bem lá de cima, caí! E seis médicos trabalharam em mim, porque o caso foi um milagre de Deus e eu não morri. Depois as coisas mudaram, minha mãe está sempre de olho em mim [...]! Não estou podendo andar sozinho, sabe? Não é bom para mim (Pelé)

Moro com meu filho, mas não gosto de ficar perturbando, nem comida peço para ele. Chego lá, tomo meu banho, se passar mal desligo a televisão e já saio para rua. Então, meu filho fica querendo saber onde vou ou que vou fazer. Já larguei o celular em casa para ele não ficar ligando, ligando... Falo para ele:

– O filho, não sou criança, pelo amor de Deus, me deixa em paz!

Eu sou assim, não quero ficar dando trabalho para eles, mas fico ruim e atrapalho mais ainda [...] da última vez perdi minha carteira, meus documentos, título, cartão de banco, cartão do auxílio e o CPF (Vini).

Eu detesto ter que depender das pessoas. Sempre fui independente, trabalhava para caramba, então agora vou depender dessa ajuda financeira, deste amparo, vou ter que quebrar esse meu ego, entender e aceitar que preciso de ajuda de verdade. A gente está conversando bastante sobre isso no CAPS, mas ainda é muito difícil para mim nesta idade ter que precisar da mãe (Dudu).

Esses relatos evidenciam que as perdas de autonomia são acompanhadas por processos de autoestigmatização, como vergonha e sentimentos de menos-valia, que restringem a busca por novos espaços de cuidado, relações sociais e possibilidades de construção de um cotidiano possível.

Além disso, Vini e Pelé evidenciam impactos em sua saúde física em decorrência do sofrimento psíquico que impactam negativamente em suas atividades cotidianas.

Outro dia eu não conseguia assinar um papel como esse [aponta para formulário na mesa]. Onde recebo, tem uma japonesa que me falou que nesse mês iria passar, mas se no mês que vem eu não conseguisse assinar igual ao RG, não conseguirei receber e eu expliquei:

– Mas moça estou com problema, em uma crise, por isso estou tremendo, não consigo assinar de outra forma.

Fiquei muito envergonhado, aquilo não foi legal, não consegui copiar direito, não dava [...]. Tenho 61 anos de idade, você acha que isso deveria ser um problema (Vini)?

Depois que tive aquele problema na ponte e caí, fui internado e tive que tirar um raio-x do meu corpo inteiro lá na Santa Casa de São Paulo. Me deram um negócio, um negócio de colocar na coluna, tenho que cuidar da coluna até hoje. De lá para cá, eu tive mais 4 internações (Pelé).

Os relatos de Vini e Pelé evidenciam a necessidade de uma aproximação efetiva às singularidades dos sujeitos (Depole *et al.*, 2022; Slomp Júnior; Franco; Merhy, 2022), exigindo uma compreensão ampliada da saúde, que considere, de modo articulado, os impactos físicos, sensoriais, bem como os efeitos das experiências de vida sobre o sofrimento psíquico, o corpo e as possibilidades dos modos de vida. Reconhecer a singularidade, nesse sentido, significa valorizar a potência das vivências e experiências que compõem a história desses sujeitos, entendendo-os como elementos centrais na produção de sentidos, na ampliação das possibilidades de cuidado e na coprodução de projetos terapêuticos que façam sentido na vida vivida.

Pelé refere rotina com poucas atividades significativas após o início do seu sofrimento psíquico.

Graças a Deus, eu vivi uma vida de 42 anos e hoje tenho muita gente que colabora, que me ajuda. E eu também já ajudei minha família, ajudei minha mãe... Hoje ajudo a lavar os pratos, a fazer o café da manhã, vou no mercado para ela [...] às vezes vou à igreja e vou no CAPS, mas eu não faço algo para mim, sabe (Pelé)?

Esse relato revela um cotidiano empobrecido, restrito ao CAPS, à igreja e às tarefas domésticas, marcado mais pela lógica da sobrevivência do que pela construção de projetos de vida. Tal achado reforça a crítica de Galheigo (2020) a cotidianos atravessados pela repetição, pelo sofrimento e por processos de opressão, nos quais a ausência de autonomia limita a participação social e as possibilidades de reinvenção da vida, cotidianos naturalizados, que necessitam ser revisitados inclusive como resistência às formas de controle social.

À luz das contribuições de Cardinalli e Silva, C. (2021) e de Cardinalli (2025), esse cenário não deve ser compreendido como ausência de sentido nas atividades realizadas por Pelé, mas como um estreitamento das possibilidades de produção e ampliação das possibilidades de produzir e deslocar sentidos nas atividades, orientadas aos seus desejos e projetos. As autoras compreendem as atividades humanas como práticas sócio-históricas, relacionais e culturais, inseparáveis dos modos de existir e da produção da vida cotidiana. Nessa perspectiva, as atividades permanecem carregadas de significados, ainda que, em contextos de sofrimento psíquico e vulnerabilidade social, esses significados se encontrem subordinados a uma lógica de sobrevivência, cuidado e repetição. Os resultados desta pesquisa indicam que, quando o cotidiano se organiza quase exclusivamente em torno dessas exigências, as atividades perdem sua potência de ampliar repertórios de ação e sustentar projetos de vida, restringindo seu papel como produtora de sentidos, afetos e cuidado compartilhado.

Entre as pessoas usuárias que fazem uso abusivo de substâncias, os relatos indicam que as crises produzem rupturas abruptas no cotidiano, dificultando a readaptação do PTS após esses períodos. Dudu descreve mudanças institucionais importantes relacionadas à necessidade de reconhecimento da temporalidade da crise.

Eu vi uma mudança bacana nas propostas, ficou melhor para mim, a questão dos leitos: antes você ficava uma semana e depois construía um pós-leito e pegava seu caminho. Desta vez, minha referência falou: – Cara, as coisas mudaram por aqui, vamos pensar num leito estendido? Estou vendo com as outras pessoas que chegaram e está sendo feito isso, tem dado certo.

Achei isso fantástico, em 15 dias a gente não consegue pôr a cabeça no lugar, das duas vezes anteriores que precisei de leitos eu saí totalmente perdido [...] com um projeto que eu não conseguia desenvolver lá fora (Dudu)!

Esse relato dialoga com Leão e Salles (2016) que afirmam que diante do sofrimento psíquico acontece uma ruptura nas relações ou na realização das atividades que compõem o cotidiano do sujeito. Essa ruptura pode ser também compreendida como um processo de estreitamento do cotidiano, no qual a vida vivida tende a ser capturada, produzindo descontinuidades nas rotinas e nos modos de participação no território. Esse empobrecimento decorre, por um lado, do imediatismo que aprisiona os sujeitos ao próprio tempo, por outro, da ausência de oportunidades de ocupação que proporcionem a percepção de pertencimento e bem viver no dia a dia, acentuando a falta de perspectiva de vida e a fragilização da inserção social (Kinoshita *et al.*, 2020).

Contudo, Salles e Matsukura (2016) afirmam que a ruptura do cotidiano não significa sua interrupção, mas uma transformação abrupta e inesperada de seus modos de organização, uma vez que o cotidiano não deixa de existir mesmo diante da doença. A experiência de Dudu aponta avanços institucionais ao reconhecer que a reorganização do cotidiano, após a crise demanda tempo, suporte e construção progressiva de projetos viáveis no território.

Entretanto, a perspectiva de Dudu sobre dois cotidianos, o de cuidado da crise e o da vida está embasada nas práticas de cuidado às pessoas em uso de SPA historicamente centradas na abstinência, com pouca incorporação da perspectiva da redução de danos (Passos; Souza, 2011), nas quais a manutenção do PTS se dá à custa do rompimento de vínculos, atividades e espaços cotidianos considerados de risco. Tais achados reafirmam a necessidade de que o cuidado em saúde mental voltado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas seja orientado por abordagens de redução de danos, capazes de sustentar suas experiências no cotidiano vivido, sem exigir a suspensão da vida para que o cuidado se efetive.

A partir desses achados, é possível afirmar que a continuidade do PTS se constrói na interface entre autonomia, corresponsabilização, oportunidades e condições concretas do cotidiano. Embora os participantes reconheçam atributos pessoais como facilitadores do cuidado, os dados evidenciam que o acesso a recursos materiais, o respeito à autonomia, a possibilidade de engajamento em atividades significativas e a reorganização do cotidiano após as crises constituem elementos centrais para a sustentação do PTS. Assim, dialogando com a Terapia Ocupacional, o projeto terapêutico afirma-se como um

dispositivo efetivo quando ancorado na vida cotidiana, reconhecendo suas rupturas, limites e potências como base para a produção do cuidado e de vida.

5.5 TRABALHO

O PTS pode ser compreendido como um dispositivo teórico-prático que articula cuidado, gestão do serviço e organização do processo de trabalho nos serviços da RAPS, operando simultaneamente como estratégia clínica e tecnologia de gestão do cuidado. Depole, *et al.*, (2022) destacam que esse dispositivo organiza as ações da equipe, sustenta a construção interdisciplinar do cuidado e orienta decisões, prioridades e pactuações no cotidiano dos serviços. Assim, o PTS ultrapassa a dimensão individual do cuidado e se consolida como tecnologia de gestão, atravessada pelas condições institucionais, dinâmicas de trabalho das equipes e capacidade do serviço em sustentar vínculos, ações e corresponsabilização. A partir dessa compreensão ampliada do PTS como dispositivo de gestão, torna-se possível analisar criticamente o lugar do trabalho na sua composição, tanto no que se refere às condições concretas de funcionamento dos CAPS quanto às estratégias de emancipação social pelo trabalho propostas às pessoas usuárias e seus familiares.

À luz dessa compreensão ampliada do PTS, os resultados desta pesquisa permitem analisar como determinadas dinâmicas institucionais dos CAPS incidem sobre sua consolidação. Os relatos das mães ressaltam que a rotatividade de profissionais e as mudanças na coordenação prejudicam a continuidade do PTS, fragilizam o vínculo com as pessoas usuárias e dificultam a comunicação com as pessoas familiares.

Não faz tempo que teve uma saída bem significativa de funcionários e [...] então eles têm que se reestruturar novamente e quem sente é o paciente [...] eu percebo que [ele] fica desorganizado. Não somos nós familiares, mas eles que sentem, porque eles começam a vincular e a saída mexe muito. Agora estou pedindo para conversar com o médico, vim e solicitei isso com a referência, mas o que eu escuto é que preciso esperar ele conhecer o paciente (Jade).

O discurso de Jade evidencia como as mudanças de vínculos impacta diretamente a organização subjetiva das pessoas usuárias, especialmente em contextos nos quais o vínculo com os profissionais é um dos elementos que sustentam o cuidado. A necessidade de “esperar o profissional conhecer o paciente” revela a ruptura de processos previamente

construídos e pactuados, que deve se manter processual, mesmo com a alteração de seus atores. Percepção também compartilhada por Margarida, que associa as mudanças recorrentes na coordenação e na composição das equipes às transformações abruptas no modo de funcionamento do serviço.

Muda muito de coordenação e cada coordenação pensa diferente, trabalha de outra forma e isso traz mudanças para o serviço [...] quando ele retornou ao CAPS, que ele aceitou e eu também aceitei retornar, tiveram três profissionais que ajudaram muito naquela época, eram duas enfermeiras e um técnico de enfermagem [...] todos eles já saíram, estão em outro local. Isso mexeu um pouco com a cabeça dele, essas mudanças frequentes de profissionais interferem, os afetam, porque eles se apegam (Margarida).

Além da rotatividade, Margarida refere que a estrutura do CAPS, os recursos materiais, ou as propostas terapêuticas ofertadas apresentam-se empobrecidas, reduzidas atualmente, acredita que esta situação se acentuou durante a pandemia e manteve-se posteriormente.

Ultimamente os CAPS deram uma fracassada com tudo, deu uma caída até no espaço... Depois dessa doença. Piorou tudo... Meu filho vem ao CAPS uma vez por mês na psiquiatria somente [...] as assembleias não acontecem com frequência, porque não tem coro, comparecem duas ou três pessoas somente (Margarida).

A redução das atividades coletivas, como assembleias e grupos, aparece como um indicador do enfraquecimento dos espaços de participação e corresponsabilização, elementos centrais para a sustentação do PTS enquanto projeto construído no cotidiano do serviço. Essa precarização também se expressa na insuficiência de recursos materiais e assistenciais, como a indisponibilidade de leitos em momentos de crise, como evidenciado nos excertos a seguir.

Quando ele [filho] vê que não está conseguindo mais, ele solicita ficar no leito, faz parte do projeto dele. Ultimamente, o que está acontecendo, não sei se em todos os CAPS, mas a última vez aqui não tinha leito disponível para o meu filho. Eu fiquei muito chateada, porque ele [...] não dá trabalho, mas precisou e não tinha, isto não está certo! É uma polêmica [...] e isso não acontecia antes (Jade).

A pandemia trouxe estes atendimentos online e agora ele só quer isso, na época, foi bom, mas agora sai menos de casa ainda, já não gostava de sair. E têm os Ouvidores de vozes, você conhece? Chega a ter até três reuniões no dia e às vezes ele vai ao encontro presencial, mas vai pouco, fica muito dentro de casa (Margarida).

As observações registradas no diário de campo corroboram essas percepções ao evidenciar os possíveis impactos das mudanças institucionais sobre a pesquisa e o cotidiano do serviço.

Essa mudança de gestores no meio do processo me preocupa, quem conhece o estudo e aceitou colaborar, saiu, e imagino que ao assumirem esta função, os novos profissionais tenham demandas prioritárias, espero realmente que a pesquisa seja uma delas. Ainda assim, imagino que esta adaptação às novas atribuições possa dificultar o contato (Diário de Campo, janeiro de 2024).

Do ponto de vista das pessoas usuárias a mudança de profissionais emerge nos discursos dos participantes com frequência, mas não necessariamente apontada impactando negativamente no funcionamento do serviço ou PTS.

Cheguei e eles queriam saber o que eu precisava, depois mudaram muito os funcionários. No começo, não lembro direito, mas o M. estava lá, ele era um cara muito bacana, mas todos eles são assim, não posso reclamar me trataram muito bem, mesmo os que chegaram depois (Vini)!

Tem a R., que é minha referência e a D., vou perguntar do CRAS para ela, mas ela vai embora amanhã será a despedida dela no CAPS. É chato né? Ela é nossa psicóloga, mas às vezes mudam as pessoas que cuidam da gente (Pelé)!

Esses achados evidenciam como as dinâmicas institucionais e as condições de trabalho nos CAPS incidem diretamente sobre a construção e a continuidade do PTS. As falas das mães e as observações do diário de campo revelam que a rotatividade de profissionais, as frequentes mudanças na coordenação e a precarização dos recursos estruturais fragilizam vínculos entre pessoas usuárias e equipe, tensionando a gestão do cuidado. Embora o PTS seja reconhecido como tecnologia estratégica de cuidado e gestão, sua concretização exige equipes estáveis, espaços coletivos de reflexão e condições institucionais que sustentem práticas interdisciplinares, corresponsabilização e continuidade do cuidado interdisciplinar (Campos, 2015; Depole *et al.*, 2022).

Os relatos das mães sobre rotatividade profissional, mudanças recorrentes de coordenação e empobrecimento de recursos e atividades permitem evidenciar efeitos diretos dessas dinâmicas na continuidade do cuidado e na consolidação do PTS, especialmente pela fragilização de vínculos e pela interrupção de pactuações construídas ao longo do cuidado. Sem atribuir causalidade direta a partir dos depoimentos, pode,

contudo, pode ser formulada uma hipótese interpretativa sustentada na literatura. As condições de trabalho nos CAPS, quando marcadas por insuficiência de suporte institucional, sobrecarga, desvalorização e baixo grau de autonomia, tendem a produzir desgaste e sofrimento entre trabalhadores, com repercussões na estabilidade das equipes e na capacidade do serviço de sustentar processos continuados de cuidado.

Nessa direção, Zanatta (2019) identificou elevados índices de estresse entre profissionais de CAPS, associados a fatores psicossociais e organizacionais do trabalho, e Santos, Navarro e Elias (2023) indicam que tais aspectos podem se relacionar ao sofrimento dos trabalhadores e à rotatividade, com impactos sobre a organização do serviço e a manutenção de vínculos terapêuticos. Esse cenário torna-se ainda mais crítico em contextos marcados pela escassez de recursos, como observado no interior da Paraíba, onde, há inclusive ausência de espaço físico adequado para funcionamento dos serviços. Precariedade institucionalizada a partir dos recentes ataques à Política Nacional de Saúde Mental de 2016 a 2019 (Silva, S.; França, 2022).

Inseridos em um contexto de elevada complexidade, os CAPS são marcados por diversas relações entre seus diferentes atores cujos interesses e necessidades são, por vezes, heterogêneos e conflitantes. Por isso, o cuidado cotidiano às pessoas em sofrimento psíquico pode constituir-se, por si só, um fator potencialmente impactante para a saúde mental dos trabalhadores, quando associado à precariedade de recursos, esse cenário contribui para a alta rotatividade profissional, precariza as condições de trabalho, resultando em sobrecarga e repercussões negativas sobre a organização dos serviços, a manutenção dos vínculos terapêuticos e, conseqüentemente, o funcionamento do CAPS (Santos; Navarro; Elias, 2023).

Assim, é plausível compreender que as instabilidades percebidas pelas mães estejam vinculadas a um cenário mais amplo de precarização do trabalho em saúde mental, no qual se reduzem as condições de sustentação do PTS como tecnologia de gestão e de cuidado, limitando a capacidade inventiva das pessoas envolvidas. Tal análise torna-se fundamental para reavaliar ações, processos de trabalho, propostas e possibilidades reais dos serviços. Nessa direção, a compreensão dessas fragilidades demanda situá-las também em um plano mais amplo, no qual as condições institucionais e os processos de trabalho são atravessados por transformações político-econômicas que incidem diretamente sobre as políticas públicas e a gestão do cuidado.

Nesse contexto, é importante destacar que as práticas de trabalho associadas à implementação do PTS não estão imunes às inflexões do neoliberalismo. À luz de Martínez-Hernández (2024), a subjetividade neoliberal, marcada pelo enfraquecimento das relações de reciprocidade e pela centralidade da lógica consumidor-mercadoria, tende a produzir sujeitos cada vez mais individualizados, responsabilizados por sua própria condição e desvinculados das dimensões coletivas do cuidado. Paralelamente, desde a criação do SUS, observa-se a incidência de uma agenda neoliberal que transforma a saúde em campo de disputas políticas e econômicas, especialmente no que se refere à alocação de recursos públicos (Farias; Bezerra, 2016).

Esse movimento, intensificado a partir da década de 1990 e ainda vigente, manifesta-se por meio de reconfigurações na gestão e de alterações normativas alinhadas a essa racionalidade, como a privatização de serviços, a terceirização das relações de trabalho e a consequente precarização do cuidado (Farias; Bezerra, 2016). Tais processos deslocam o eixo estruturante do SUS, historicamente fundamentado na integralidade e na universalidade, para uma lógica orientada pela produtividade e pela contenção de gastos, tensionando seus princípios e fragilizando dispositivos de gestão compartilhada e controle social (Farias; Bezerra, 2016). Nesse cenário, o PTS corre o risco de ser capturado por racionalidades técnico-gerenciais. Assim, sob a influência do neoliberalismo, o PTS pode deslocar-se de dispositivo voltado à produção de vida e ao fortalecimento de vínculos para uma tecnologia de normalização do sofrimento, reforçando a necessidade de sua crítica no campo da saúde mental. Se, por um lado, essas determinações estruturais tensionam as condições de sustentação do PTS no plano institucional, por outro, seus efeitos também atravessam sua materialização no cotidiano, particularmente nas negociações em torno do trabalho, da renda e da sobrevivência.

O trabalho, compreendido como um direito fundamental e como uma dimensão do cotidiano, ultrapassa a noção restrita de um emprego no mercado formal, atividade exclusivamente produtiva. O trabalho constitui um eixo central da Reabilitação Psicossocial por favorecer pertencimento, reconhecimento social, construção identitária e exercício da cidadania, sendo indissociável do cotidiano, das condições concretas de existência das pessoas em sofrimento psíquico e dos projetos de vida. Nessa perspectiva, o trabalho não pode ser instrumentalizado como técnica terapêutica de ajuste social, pois tal lógica tende a reproduzir práticas excludentes e moralizantes. Ao contrário, sua

potência reside em considerá-lo como uma possibilidade de produzir sentidos, vínculos e emancipação social (Souza e Lussi, 2022; Lussi; Mazaro; Morato, 2023).

No que se refere ao trabalho desenvolvido no cotidiano, as mães entrevistadas, não possuem vínculo empregatício formal. Tulipa e Margarida, inclusive, referem ter deixado de exercer um trabalho formal devido ao sofrimento psíquico dos filhos, evidenciando como o cuidado atravessa e reorganiza suas relações com o trabalho.

Não está sobrando tempo para mim, é cuidar da casa, pegar o menino dela [neto] na escola, o tempo que eu tenho é o tempo de ficar deitada e pronto já é de manhã! Tem que passar roupa, porque passo roupas para fora, já que deixei de trabalhar fora para cuidar dela. E a minha saúde vai ficando para trás, tenho Diabetes, pressão alta..., mas não dá tempo de ver... a minha sobranceira, eu nunca mais fiz (Tulipa).

Enquanto aguentava, eu trabalhava, o levava de manhã, ficava lá com ele [...], tinha que participar da reunião e tinha que trabalhar, então sempre chegava atrasada. E você sabe como é? A gente pica o cartão direitinho, todo dia, naquela horinha bonitinha, pica o cartão do almoço e volta, pica o cartão na hora de ir embora [...], tudo certinho! Mas quando complica, já muda tudo, daí a gente não serve mais. Muda tudo, então fui mandada embora e a única solução foi vir para cá (Margarida).

Frente a essa sobrecarga de atividades cotidianas, que incluem o PTS dos filhos, Margarida, Dália e Tulipa recorrem ao trabalho informal para complementar a renda, como estratégia de sobrevivência e reorganização da vida, sem reconhecer essas atividades como trabalho nos formulários de caracterização deste estudo, demonstrando a invisibilidade do trabalho informal inclusive para elas.

Eu vou fazendo projetos, tenho vários porque algum vai dar certo! Vendo salgados congelados, vendo as t-shirts também [...], o meu outro filho vai me ajudar abrir uma loja online. E tudo vem caminhando, consegui achar em São Paulo um lugar maravilhoso, onde as roupas são maravilhosas! A venda das placas eu já fiz em quatro mercados [...] eu gosto de procurar coisas que dê dinheiro, que eu sei que vai dar (Jasmim)!

Eu trabalho com banho e tosa também, não é somente um trabalho, é algo muito bom para mim, além do dinheiro. Porque eu amo cachorros, tenho três e eles são meu refúgio, com frequência falo para as clientes que não irei devolver seus cachorrinhos, se pudesse eu teria a minha casa cheia deles (Dália).

Os resultados indicam que o trabalho informal, além de ser invisibilizado, não se configura apenas como estratégia econômica, mas como resposta direta às sobrecargas

subjetivas impostas pela precarização das condições de vida, pela instabilidade financeira e pela insuficiência de políticas públicas de suporte. Ao mesmo tempo, em que possibilita alguma geração de renda, esse tipo de inserção pode ampliar o desgaste físico e emocional dessas mulheres, sobre as quais recai de forma desproporcional a responsabilidade pelo cuidado, pela provisão material e pela gestão da vida doméstica, reafirmando a naturalização social do trabalho feminino no âmbito familiar (Barbosa; Costa, 2023).

O acúmulo entre atividades de cuidado, domésticas e o trabalho informal é recorrente, gerando rotinas exaustivas, como referido pelas mães Tulipa e Jasmim ao descreverem suas rotinas.

O CAPS fornece a medicação, mas no dia a dia sou eu que cuido. [...] Ela devia tomar conta, mas tem sido difícil, já tomou tudo de uma vez. Então eu cuido de tudo para ela, lavo roupa, faço comida, ela me ajuda muito pouco [...], cuidado da casa, do filho dela, levo e busco na escola e faço meus biquinhos, pois preciso ganhar dinheiro [...]. Parei de trabalhar para ficar com ela, imagina situação quando eu estava trabalhando e me ligavam que tinha que correr com ela (Tulipa).

Do F. eu cuido até da alimentação, se você não colocar comida na frente dele ele não come, não lembra de onde está, não sente fome, fica só no quarto. A medicação eles tomavam sozinhos por 10 anos, mas depois que o F. piorou, eu assumi essa parte também para ter certeza que toma certinho. O outro filho fica com os próprios remédios e a alimentação é mais fácil, só preparo. A higiene dos dois estava melhor, mas o F. está ficando dependente [...], toma banho em quatro segundos, hoje me deixa cortar suas unhas [...] antes não deixava, o cabelo ainda fica enorme [...]. Quando saio, ao chegar à casa estánojenta, sofro muito de vê-los assim! Ainda bem que tenho minha aposentadoria, mas acabo ajudando o F. com a questão das vendas, senão ele se perde todo (Jasmim)!

Ainda assim, Jasmim refere incluir atividades no seu cotidiano de autocuidado e de trabalho, com o objetivo de manter uma rotina saudável, não direcionada somente aos cuidados do filho e para amenizar as dificuldades financeiras causadas pelo financiamento dos tratamentos realizados na rede privada.

Se a minha cabeça ficar vazia, ou só pensando nele [filho] vem a depressão com tudo [...], então Deus que me dá aquela equilibrada e levanto, vou fazer curso, faço vários, pego coisas para vender, com aquela esperança que vou prosperar, que vou vencer! Faço parte do Grupo das Mulheres Empreendedoras, faço Pilates... Eu creio muito nisso de lutar e ter outro foco sem ser ele, mesmo porque tenho que sustentar a casa, até tenho uma pensão, mas fiz tanto empréstimo para internar... na hora do desespero fui pegando, hoje estou atolada demais em dívidas (Jasmim)!

Os achados empíricos dialogam com as reflexões de Souza e Lussi (2022), ao evidenciarem que o trabalho informal não se configura como uma escolha livre ou como estratégia individual de empreendedorismo, mas como resposta às exigências materiais impostas pela sobrecarga do cuidado e pela fragilização dos vínculos formais de trabalho. Esse processo desloca para os indivíduos a responsabilidade pela própria sobrevivência, ao mesmo tempo em que enfraquece a proteção social e os direitos associados ao trabalho. As narrativas de Tulipa e Jasmim ilustram como essa informalidade se articula à vigilância permanente e à gestão integral do tratamento medicamentoso, da alimentação e da higiene dos filhos. Sob essa ótica, o trabalho informal passa a compor um arranjo cotidiano precarizado, no qual a sustentação do PTS das pessoas usuárias se realiza, frequentemente, à custa do desgaste físico, emocional e ocupacional das mães.

No que se refere às estratégias de inclusão social pelo trabalho, o NOT (Núcleo das Oficinas de Trabalho) foi indicado pelas mães como proposta sugerida pelo CAPS para compor o PTS, porém com baixa adesão por parte das pessoas usuárias.

Na época a referência me perguntou e eu não entendi muita coisa, mas queria saber a minha opinião, a conversa foi sobre o que ele poderia fazer de trabalho, ela sugeriu aquele NOT, sabe? Mas o CAPS poderia preparar eles para o mercado de trabalho, poderia trabalhar isso aí, não somente no NOT, mas um trabalho assistido. Ele foi e participou um dia, mas ele trabalhava com o setor privado, era diferente, aquilo não o satisfez. Ainda foi um pouquinho e alguém o chamou de louco, então não quis ir mais mesmo [...]. Ele estava querendo algo relacionado a trabalho, foi ideia da equipe e ele topou, mas não gostou. Não sei se você conhece? É um lugar bem longe e bem diferente do que ele trabalhava antes (Jade).

Eles [equipe] tentaram que ele [filho] fosse ao NOT, mas ele não quis, então ele tentou fazer uns biquinhos, mas se tiver dinheiro na mão tem recaída, então da forma que está agora sem trabalhar, está uma benção (Iris)!

Ela é assim cisma com as coisas ou escolhe o que fazer: diz se quer aquele ou aquele terapeuta, diz que não quer ficar no meio de todo mundo. Chegou a vir aqui no NOT [...], mas veio um dia e já veio com um “não gostei”. Ela tem 28 anos e hoje não temos tantos trabalhos para escolher (Tulipa)!

Os empreendimentos de Economia Solidária, como o NOT, configuram-se, no plano teórico, político e ético, como estratégias de inclusão social pelo trabalho alinhadas aos princípios da Atenção Psicossocial. Fundamentam-se na crítica ao modelo capitalista

hegemônico, ao proporem formas alternativas de produção e organização do trabalho baseadas na autogestão, na cooperação, na democracia participativa e na solidariedade, deslocando o trabalho da lógica exclusiva do mercado para o campo da cidadania e da produção de vida (Lussi; Mazaro; Morato, 2023). Trata-se de uma proposta validada e de grande relevância, desde que esteja efetivamente orientada pelos interesses, desejos e possibilidades dos próprios sujeitos envolvidos (Pinho, R.; Lussi, 2023).

No âmbito da saúde mental, esses empreendimentos assumem papel central ao possibilitar a participação de pessoas historicamente excluídas do mundo do trabalho, possibilitando que eles possam decidir coletivamente sobre os processos de trabalho, os ritmos de produção e a distribuição dos resultados. No Brasil, dados do Sistema de Informações de Economia Solidária (SIES) do Ministério do Trabalho e Emprego, registram cerca de 140 empreendimentos compostos predominantemente por pessoas com transtornos mentais, inclusive quando decorrentes do uso de álcool e outras drogas, voltadas à inclusão social (Mazaro; Matsukura; Lussi, 2020), indicando que essas experiências constituem uma via concreta para a efetivação do trabalho como direito social e prática de inclusão.

Entretanto, os excertos analisados revelam uma crítica relevante, especialmente formulada por Jade, ao problematizar a falta do reconhecimento do sentido atribuído ao trabalho ofertado às pessoas usuárias e o significado dessa atividade no seu cotidiano, fortemente associado, em sua compreensão, à reinserção no mercado de trabalho formal e não a propostas que vão ao encontro da Economia Solidária. Reconhecer o trabalho como eixo da Reabilitação Psicossocial implica considerar, de forma central, os sentidos atribuídos pelas próprias pessoas usuárias às atividades de trabalho em seus cotidianos, sob pena de se produzir práticas com baixa adesão e pouca potência transformadora (Lussi; Mazaro; Morato, 2023). A inclusão social pelo trabalho pressupõe o reconhecimento do significado desta atividade, para que o trabalho opere como uma prática ética e política comprometida com a emancipação social (Lussi; Mazaro; Morato, 2023). Nesse sentido, a Economia Solidária oferece uma base concreta para que o trabalho componha o PTS como dispositivo de cuidado, inclusão e reconhecimento social, desde que articulada às condições reais de vida, às possibilidades concretas de trabalho, ao desejo e aos projetos de vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Do ponto de vista das pessoas usuárias, observa-se que o sofrimento psíquico produz repercussões significativas em suas trajetórias de trabalho, marcadas por rupturas, perdas identitárias e dificuldades de permanência profissional, como evidenciado no relato a seguir:

Eu tive 5 internações e foram experiências muito ruins, então chegar aqui foi legal para mim, porque antes eu me sentia muito cabisbaixo, sabe? Cabisbaixo, meio sem noção, eu perdi... até minha profissão, que era de cabeleireiro e eu desisti da profissão por causa desse baixo astral (Pelé).

A experiência narrada por Pelé dialoga com a perspectiva de que o adoecimento psíquico produz “uma interrupção da continuidade da vida, das atividades, relações e do lugar social do sujeito” (Salles; Barros, apud Nascimento Leão, 2019, p. 108), sendo o trabalho um dos âmbitos mais afetado. A perda da profissão aparece, assim, não apenas como perda econômica, mas como esvaziamento simbólico e identitário, associado a sentimentos de incapacidade e desvalorização social. Pinho, R. e Lussi (2024), afirmam que garantir o acesso ao trabalho a populações historicamente excluídas constitui uma forma de resistência e não de adequação à cultura capitalista vigente. As autoras defendem o trabalho como um direito, além de instrumento de emancipação de pessoas e coletivos. Nessa perspectiva, o trabalho não se reduz a um meio de inserção produtiva, mas convoca os próprios profissionais a refletirem criticamente sobre o seu papel nas práticas nos cotidianos de trabalho, interrogando se estão coerentes com o cuidado ético que se propõem a realizar ou se, ao contrário, acabam por reforçar desigualdades e processos de normatização da vida cotidiana.

Em contraste, o relato de Vini evidencia uma inserção no trabalho marcada pela instabilidade, mas sustentada por relações de compreensão no cotidiano, especialmente em relação às recaídas e aos períodos de crise.

Quando eu não bebo eu vou trabalhar, tenho um serviço na oficina ali que eu faço motor, pintura... O patrão é bom graças a Deus, muito bom! Ele sabe dessas falhas em mim, quando eu não vou trabalhar, sabe que estou bebendo... Então, quando eu saio da crise e volto para o trabalho, ele me recebe novamente, me manda ficar calmo e fazer o serviço que eu tenho que fazer [...] ele nunca falou um não para mim, estou velho, mas saindo do CAPS, tenho trabalho no mesmo lugar, é uma firma onde termino um serviço e já começo outro, o patrão sabe dos meus problemas e entende (Vini).

Esses relatos reforçam que o trabalho pode ocupar um papel central na estruturação do cotidiano e na produção de autoestima e que sua manutenção, mesmo em condições informais, pode funcionar como importante estratégia de enfrentamento do estigma e de reconstrução do valor social de si (Nascimento; Leão, 2019). Ao mesmo tempo, evidenciam que a permanência no trabalho atualmente depende menos de normativas institucionais e mais de relações cotidianas empáticas e de arranjos singulares.

Esse cenário torna-se ainda mais complexo ao se considerar que os participantes desta pesquisa pertencem a faixas etárias fortemente afetadas pelo desemprego no Brasil, e que a associação entre sofrimento psíquico e uso abusivo de substâncias psicoativas tende a ampliar as barreiras de acesso e permanência no trabalho, potencializando processos de exclusão social (Leão; Lussi, 2021; Barros; Serpa, 2022).

Além das perdas simbólicas e identitárias associadas às trajetórias de trabalho, interrompidas pelo sofrimento psíquico, os relatos evidenciam que a inserção no trabalho pode se apresentar como um elemento decisivo para a viabilidade concreta do PTS.

Pelé relata obstáculos para inserir-se no trabalho, inclusive dificuldades para sustentar um projeto de cuidado, em razão da escassez de recursos financeiros e da insegurança financeira. O excerto a seguir explicita como a precariedade econômica atravessa diretamente a possibilidade de “seguir o projeto”, revelando que a adesão não depende apenas de disposição subjetiva, mas de condições materiais mínimas de existência.

Para seguir o projeto precisamos ter condições, para comprar pouca coisa, isso já facilita. Porque umas 1000 pessoas vão à perícia com alianças, cordão de ouro, tipo mano, pois hoje em dia ninguém quer trabalhar. Mas eu não consigo trabalhar, a mãe faz faxina e está parando, cansada, mas ela paga os carnês do INSS e se ela conseguir aposentar é uma boa, mas e se não conseguir? Já estamos à beira de passar necessidade, então fica difícil seguir um projeto, se cuidar passando necessidades (Pelé).

A manutenção do PTS após a estabilização da crise mostra-se diretamente relacionada à forma como o trabalho se articula ao cotidiano dos participantes, podendo tanto favorecer quanto dificultar a continuidade do cuidado.

No começo eu vinha nas reuniões do CAPS, então consegui um serviço, beleza! Participava de grupo de esporte e da assembleia. Então os próprios horários de trabalho começam a bater com as atividades proposta pelo CAPS e isso dificultou continuar, logo eu já começava a ficar preocupado, porque saí com um plano que eu não estava conseguindo manter (Dudu).

O trabalho facilita o tratamento, facilita tudo, que nem meu patrão, toda quarta-feira ele sabe que eu tenho CAPS e ele me incentiva a ir direitinho. Então de quarta-feira só trabalho até meio-dia, porque as duas horas eu tenho que estar no CAPS, da meio-dia para tarde eu estou dispensado para me cuidar (Vini).

É mais ou menos isso, que ele está dizendo. Mesmo eu sendo autônomo, porque presto serviço e não fui aposentado pelo exército. Mas as pessoas para quem trabalho, sabem que faço tratamento e tenho meus compromissos no CAPS, então eu aviso que não vou e está tudo bem (Dudu).

Esses relatos evidenciam que a continuidade do PTS não depende exclusivamente do engajamento individual das pessoas usuárias, mas da existência de arranjos cotidianos flexíveis, relações de trabalho menos normativas e serviços capazes de dialogar com os modos de vida contemporâneos. O diário de campo reforça essa tensão ao apontar o descompasso entre práticas institucionais historicamente consolidadas e as transformações nos cotidianos das pessoas acompanhadas.

Fico pensando no quanto é difícil para os serviços, mas necessário que seja repensado que as pessoas usuárias são outras, não são as mesmas de 2002, eles estão na vida, trabalham. Estes espaços de cuidado precisam ser ampliados, pensando nessa nova lógica! Os horários das práticas de cuidado, por exemplo, seria um bom começo (Diário de campo, maio de 2024)!

À luz da perspectiva da Reabilitação Psicossocial proposta por Saraceno, os achados reafirmam que o trabalho pode constituir um eixo central por favorecer inserção social, reconhecimento e exercício da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. No entanto, sua exclusão ou precarização não representa apenas uma limitação econômica, mas sim a negação de direitos sociais fundamentais, com impactos diretos sobre a autonomia e a sustentação do cuidado em saúde mental (Lussi; Morato, 2016).

Por fim as fotografias produzidas por Vini, um total de oito imagens, das quais seis delas são reunidas sob o título "Trabalho", reforçam a centralidade dessa atividade em sua vida cotidiana. Ao retratar-se pintando paredes, o participante explicita não apenas uma atividade produtiva, mas um fazer que sustenta autoestima, pertencimento e continuidade do cuidado. Ao longo do grupo, Vini afirma:

Ah, o trabalho! Eu preciso disso para ficar bem; por isso, está nas fotos. Eu gosto e faço muito bem-feito! Mesmo quando estou no CAPS, fico caçando um trabalhinho ou outro. Quando estou bem, não me falta trabalho e se Deus quiser, logo estou na lida novamente (Vini).

Como afirmam Salles e Matsukura (2016), a forma como as pessoas vivem o cotidiano constitui elemento central da identidade, uma vez que os sujeitos se produzem a partir de suas ocupações. Nesse sentido, o trabalho, articulado ao PTS afirma-se como prática de cuidado ético e político, comprometida com a ampliação de possibilidades, a autonomia e a produção de vida no território, desde que reconhecido em sua complexidade e indissociável das condições concretas de existência.

Ao reconhecer o potencial do trabalho como dimensão estruturante da vida cotidiana favorece que os serviços compreendam os diferentes modos de vida das pessoas usuárias. O relato de Dudu, ao apontar a incompatibilidade entre seus horários de trabalho e as atividades ofertadas pelo CAPS, evidencia que os serviços ainda operam segundo uma temporalidade que nem sempre dialoga com a vida concreta dos sujeitos.

Ao reconhecer o trabalho como produtor de saúde e vida, gestores e profissionais são convocados a revisar práticas, rotinas e os próprios processos de trabalho, de modo a ampliar as possibilidades de participação social das pessoas usuárias tanto no CAPS como no território. Essa revisão implica reconhecer a necessidade de adequações concretas, compreendendo que o perfil das pessoas, que frequentam os serviços atualmente, é distinto daquele de décadas anteriores quando as práticas foram consolidadas. Trata-se, inclusive, de um indicativo de que a inserção social almejada pela Atenção Psicossocial vem se concretizando, apesar de algumas fragilidades, uma vez que as pessoas usuárias estão no mercado de trabalho formal e informal, em espaços acadêmicos e em múltiplos espaços sociais. Diante de cotidianos cada vez mais complexos, torna-se necessário que as práticas de cuidado se ajustem a essas realidades, sendo o PTS um dispositivo potente de gestão para sustentar essa adequação, bem como favorecer a articulação entre trabalho, cuidado e vida cotidiana.

5.6 REDES, INTERSETORIALIDADE E RELAÇÕES SOCIAIS

Essa categoria analisa a sustentação do PTS a partir de três dimensões interdependentes. A primeira aborda a rede de saúde, a segunda aborda a rede intersetorial que deveria estar articulada aos projetos de cuidado, orientados por pactuação e

corresponsabilização e a terceira focaliza as relações sociais que atravessam o cotidiano, com destaque para a rede de familiaridades.

As mães relatam que, para além do CAPS, seus filhos transitam por diferentes equipamentos da rede de saúde e da rede intersetorial. O Quadro 5 reúne informações gerais, a partir da perspectiva das entrevistadas, sobre as atividades promotoras de saúde e cidadania, assim como serviços e espaços acessados no território.

Quadro 5 – Atividades das pessoas usuárias segundo pessoas familiares

Participante	Atividades promotoras de saúde e cidadania	Espaços/Serviços que as pessoas usuárias frequentaram em 2024
Rosa	Grupo de redução de danos, Grupo de referência, Atendimento psicológico, Atendimento psiquiátrico, Grupo de família	Grupo de tabagismo, Pronto-socorro, SAMU, Comunidades Terapêuticas
Tulipa	Atendimento de T.O, Atendimento psiquiátrico, Acolhimento/Ambiência, Permanência Leito	NOT, EJA, Hospital Ouro Verde
Margarida	Conselho Gestor, Ouvidores de vozes Oficina de Cinema, Atendimento psiquiátrico, Assembleia	Pronto Socorro, Hospital Geral (Serviços especializados) CEI (Centro Ed. Santi Capriotti) Atenção Básica
Jasmim	Oficina de música, Consultas (médico e outros profissionais), Ambiência diária, Assembleias	Igreja, Centrocamp (Curso Técnico), Comunidades Terapêuticas, Atenção Básica
Jade ⁶	Assembleia, Atendimento psicológico, Atendimento psiquiátrico, Grupo de referência, Grupo de cinema, Atividades culturais no território	Cinema, Atenção Básica
	Atendimento psicológico, Atendimento psiquiátrico, Leitos (Dia Noite)	NOT, Atenção Básica
Iris	Oficina de Futebol, Atendimento psicológico, Atendimento psiquiátrico Grupo de referência	NOT, Atenção Básica
Dália	Atendimento psiquiátrico e medicação assistida	UPA, Hospital PUC-Campinas, CRAS

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

⁶Jade possui dois filhos que frequentam o CAPS, por isso descreve dois subgrupos de atividades em que eles participam com atividades promotoras de saúde e cidadania.

Contudo, o Quadro 5 demonstra que outros serviços da rede de saúde e da rede intersetorial acessados em 2024 não foram, em sua maioria, reconhecidos pelas mães como componentes do PTS, sendo compreendidos como atividades cotidianas agregadas, mas não integradas a ele, evidenciando um aspecto extremamente relevante, ou seja, as pessoas podem estar na rede sem necessariamente serem cuidadas em rede.

Esse dado dialoga diretamente com a formulação de Taño e Matsukura (2019), ao evidenciar a dissociação entre a circulação concreta das pessoas usuárias pelas redes e o reconhecimento dessas experiências como parte constitutiva do projeto terapêutico. Mesmo quando existem trânsitos institucionais entre os pontos da rede, o que aparece no material empírico é a fragilidade de uma conexão ou mecanismos que fazem a rede compor de fato o PTS. A ausência de comunicação longitudinal, a lógica de encaminhamentos isolados, a falta de referência e contrarreferência efetivas, e a pouca explicitação de metas intersetoriais negociadas no PTS, contribuem para que acessos permaneçam paralelos e não integrados, explicitando que articulação intersetorial não se materializa plenamente como um arranjo cooperativo e corresponsável.

Taño e Matsukura (2019) distinguem conceitualmente a rede de saúde e a rede intersetorial a partir de seus alcances, finalidades e modos de articulação. A rede de saúde envolve serviços, ações e dispositivos pertencentes ao campo da saúde articulados para garantir atenção contínua, integral e coordenada às necessidades das pessoas, operando por meio de fluxos assistenciais, referências e contrarreferências, protocolos e pactuações. Já a rede intersetorial extrapola esse campo específico, sendo definida como a articulação entre diferentes setores e políticas públicas, como assistência social, educação, trabalho, habitação e justiça, voltada ao enfrentamento de demandas complexas que não podem ser respondidas por um único setor.

Nesse sentido, a intersetorialidade não se reduz à coexistência ou ao uso paralelo de serviços. Ela pressupõe construção coletiva, integração intencional entre políticas e ações articuladas com diferentes setores. Quando atividades vinculadas à educação, à cultura, ao trabalho ou à assistência social são vividas como iniciativas isoladas, além de evidenciar um tensionamento entre a concepção ampliada de rede defendida na literatura e sua concretização no cotidiano, evidencia-se um limite na operacionalização da intersetorialidade e, conseqüentemente, na capacidade do PTS de incorporar dimensões da vida cotidiana como parte de sua lógica de cuidado.

Em relação à rede de saúde, as mães citam como portas de entrada ou pontos de passagem antes do CAPS os seguintes equipamentos: Hospital Ouro Verde (Internação Psiquiátrica), Hospital PUC – Campinas (Internação Psiquiátrica), Hospital das Clínicas (Ambulatório), UPA, Atenção Básica e somente Rosa refere que buscou o serviço junto com o filho por demanda espontânea, conforme os relatos a seguir:

Ele já tinha tido uma internação em uma clínica. E chegou num momento que tínhamos que fazer algo, foi então que ele falou que iria procurar o CAPS. Fomos pesquisando, mandei as informações para ele, telefonamos, marcamos e então eu o levei. Depois disso tiveram outros episódios, outras crises, mas não igual a essa antes do tratamento no CAPS. Antes disso ele tinha passado por pronto atendimento em hospitais gerais, UPA e internações em clínicas particulares (Rosa).

Ele foi [para o Hospital Psiquiátrico] surtado, foi a primeira vez que surtou, após um mês naquele hospital psiquiátrico mandaram para o CAPS, eu vinha junto nesse começo, ficava aqui [...] agora quando ele surta têm que ficar internado aqui mesmo! Antes eu o internei em muitas clínicas particulares, gastava muito e não resolvia, assim que saía parava a medicação e usava droga, e as clínicas particulares são muito caras. Foram três anos e meio, a cada seis meses e logo que saía, em dez dias voltava de novo, fiz isso para protegê-lo e não o deixar na rua, até que conseguisse ficar do jeito que tá agora: meio equilibrado (Jasmim).

Os relatos de Rosa e Jasmim mostram que, frequentemente, a chegada ao CAPS ocorre após percursos marcados por crise e por respostas institucionalmente centradas na internação, com encaminhamentos posteriores. Demonstrando que quando a rede falha em ofertar um cuidado territorial, o manejo da crise tende a ser deslocado para dispositivos segregadores ou de baixa integração com a RAPS. O cuidado deixa de ser processual e passa a ser reativo, organizado por ciclos de crise, internação e retorno, com pouca incorporação da experiência vivida ao planejamento continuado como pressupõe o PTS.

Do ponto de vista das pessoas usuárias, o itinerário da crise explicita o papel ambivalente da rede de urgência e emergência e do CAPS. Zico descreve recorrentes passagens pela UPA nesses momentos, nas quais é acolhido e orientado a retomar o acompanhamento no CAPS AD, reconhecendo a importância de ambos os serviços em sua trajetória de cuidado:

O pessoal da UPA, onde fui parar várias vezes antes de retornar ao CAPS, por todo estrago do excesso de uso de cocaína, eles falavam:

– O senhor tem saúde de atleta, só tem que se libertar do uso de cocaína, volte para o CAPS!

Acho que devido ao exército, faço muita atividade física até hoje, ainda faço essas atividades, então minha saúde é perfeita, só tenho a agradecer tanto aos médicos da UPA quanto aos do CAPS (Zico).

Nesse caminho, Dudu relata um percurso prolongado por diferentes instituições de cuidado, incluindo hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e o próprio CAPS, destacando a qualidade da abordagem encontrada no serviço atual:

Na minha experiência de CAPS, faz 4 anos que eu conheço o serviço, mas sou usuário de drogas, há mais de 20 anos, então passei por diversas clínicas, hospitais tanto psiquiátricos como comunidade terapêutica, até mesmo depois de estar lá. Mas a abordagem deles em cima da dependência química, a forma como vejo as terapias eu acho muito interessante, realmente são profissionais inteirados no assunto (Dudu).

Esses excertos demonstram que o CAPS se afirma como referência do cuidado e como lugar de pertencimento terapêutico. Contudo, apesar do vínculo e a continuidade da atenção se concentrar no CAPS, os outros pontos operam como respostas episódicas à crise, com pouca integração ou articulação a esse serviço. Um achado importante, pois, analisar o itinerário da crise é fundamental para compreender como a rede está organizada no momento de maior fragilidade e vulnerabilidade.

A chegada ao CAPS, relatada por Pelé e Ronaldo, reforça o predomínio de trajetos marcados por crise e internação prévia. Mesmo Zico, que chegou espontaneamente, refere ter tido internações em comunidades terapêuticas anteriormente, como demonstram os excertos a seguir:

Eu tive 5 internações desde os meus 23 anos. Comecei primeiramente a passar com a Dra. C., ela era do postinho. E eu dei a dica para ela da minha vida, do que eu estava passando pessoalmente. Assim, com uma energia negativa, um sentimento ruim. Então, ela foi passando uns remédios, a gente foi conversando, entrosando, até que chegou um ponto [...], que então eu fui internado lá [no Hospital Psiquiátrico] e de lá eles me mandaram para cá (Pelé).

Eu vim para cá depois do Hospital [psiquiátrico], mas teve outros lugares também que estive, minha mãe veio junto! (Ronaldo).

Tive uma experiência bem ruim em comunidade. Hoje o CAPS é o único lugar que frequento, desde eu comecei a me cuidar, resolvi procurar ajuda, primeiro fui conhecer, gostei e estou lá até hoje [...] foi um bom amigo que indicou para mim (Zico).

Esses relatos permitem sustentar analiticamente que o acesso ao CAPS não se dá, em geral, por um percurso preventivo ou coordenado pela rede, e sim por desfechos de crise e encaminhamentos. Trata-se de um padrão que denuncia fragilidades na rede como sistema de cuidado contínuo, pois a articulação se apresenta tardia, reativa e pouco pactuada.

Ainda que as pessoas usuárias não tenham relatado inicialmente, tanto no formulário de caracterização, quanto no início da discussão grupal, ao longo dos encontros relataram acessar, de modo pontual, diferentes dispositivos das redes de saúde, educação e assistência social em seus cotidianos. Esses acessos, contudo, aparecem como movimentos fragmentados, pouco articulados entre si e raramente integrados ao PTS. Esse ponto reforça o argumento de Carmo e Guizardi (2017) de que a intersetorialidade não se efetiva pela mera coexistência de serviços nem pela circulação episódica entre políticas, ela demanda produção de sentidos compartilhados, comunicação contínua e corresponsabilização entre os setores. No material, o que aparece é a ausência de dispositivos que transformem o encaminhamento em pactuação.

Não se evidenciam, na perspectiva dos participantes, troca de informações entre setores, definição compartilhada de metas e responsabilidades, ações intersetoriais compartilhadas ou conjuntas, que façam o acesso deixar de ser um evento isolado para tornar-se componente do projeto terapêutico. Nesse sentido, Taño e Matsukura (2019) apontam que para o fortalecimento da intersetorialidade é necessária corresponsabilização entre as redes de cuidado, qualificação dos profissionais, superação da fragmentação dos serviços e aprimoramento da articulação do apoio matricial, incluindo a criação de protocolos de comunicação entre os diferentes setores. Esse processo demanda, segundo as autoras, uma postura mais ativa das equipes dos CAPS na condução e sustentação das articulações intersetoriais, de modo que os diferentes acessos realizados possam deixar de ser experiências isoladas e passem a compor, de forma integrada, o PTS.

Diante dessas fragilidades na articulação da rede, torna-se importante considerar como essas discontinuidades se refletem nas experiências concretas acessadas pelos participantes. Os relatos a seguir evidenciam como determinados dispositivos, especialmente as comunidades terapêuticas, têm produzido experiências predominantemente negativas em contextos de internação:

O prazo de internação era 9 meses, mas eu achava, que era uma clínica. Meu Deus do céu, eu fiquei um mês e 12 dias. Quando saí, voltei pior, tive uma recaída de 100%, fiquei acabado, então voltei para o CAPS e eles me levantaram, hoje tenho diálogo, certo controle emocional sobre a minhas ações, quando saí de lá eu decidi e saí, porque você não era obrigado a ficar, era obrigado a dar o seu dinheiro caso tivesse benefícios (Zico).

Já fiquei lá 5 dias, não aguentei mais que isso (Vini)

Sempre ouço falar de lá e não são coisas boas (Dudu).

O diálogo entre Zico, Vini e Dudu explicita sofrimento e desconfiança sobre esses dispositivos. Esse conjunto de experiências reforça críticas já consolidadas na literatura sobre o desserviço das comunidades terapêuticas no campo da saúde mental, operando à margem da RAPS e do PTS, reproduzindo isolamento, segregação, tutela e descontinuidade do cuidado.

Por outro lado, Pelé compreende a internação psiquiátrica como um recurso para a gestão de crises futuras, contudo seu discurso revela ambiguidades importantes. Ao mesmo tempo, em que associa a internação à ideia de proteção em momentos de extremo sofrimento, reconhece que essa decisão não se sustenta apenas por sua vontade, mas se encontra atravessada pela tutela familiar e decisão da autoridade médica. Entretanto, as outras pessoas usuárias acreditam que a permanência no CAPS (leito) se mostra como um recurso resolutivo nesses episódios, conforme demonstram os excertos a seguir:

Quando eu não estiver aguentando mais, nós [usuário e mãe] teremos que sair procurando um jeito de me internar. Porque quando eu não estiver mais me sentindo bem, estiver me sentindo fraco, muito fraco, com aqueles pensamentos, tenho que procurar um médico e me internar. E acho que não cabe somente a minha vontade, depende da vontade da minha mãe também, porque é ela que tem as rédeas da minha vida, sabe? Mas quando a gente falar que é hora eu acho que o médico tem que ouvir (Pelé)?

Quando chega nesse ponto, de crise brava, já estou na rua, emendo três ou quatro dias assim, todo sujo, bêbado, dormindo em qualquer lugar, então penso que está na hora de procurar o CAPS, ver se tem leito, porque se tiver eles me arrumam e é essa é a única forma de melhorar de verdade nessas horas (Vini).

Esses excertos permitem explicitar que a gestão da crise é também um campo de disputa de poder no PTS. Em momentos de maior sofrimento, há risco de intensificação

de decisões autoritárias, com redução da autonomia e participação das pessoas usuárias, como revela Pelé. Contudo, o discurso de Vini, apresentando o leito como “única forma” de melhorar na crise, aspecto confirmado pelos outros participantes, evidencia a possibilidade de reorganização psíquica e proteção, sem ruptura total da vida cotidiana e em seus territórios. Esses achados dialogam diretamente com a concepção de atenção à crise proposta por Nicácio e Campos (2004), segundo a qual o manejo da crise deve ser, prioritariamente, sustentado nos serviços substitutivos, capazes de operar com dispositivos clínicos e institucionais que garantam continuidade do cuidado, corresponsabilização e preservação dos laços sociais. Nesse sentido, o material empírico evidencia um descompasso. Mesmo quando há o reconhecimento do CAPS como lugar de sustentação, persistem fragilidades estruturais e organizacionais na rede para ofertar atenção integral à crise.

Dias, Ferigato e Fernandes (2020) complementam essa análise ao deslocar a crise de uma leitura restrita à urgência biomédica, compreendendo-a como desorganização subjetiva, social e contextual que demanda atenção intensa, ancorada em vínculos, história de vida e articulação em rede. Nessa chave, a coexistência de concepções de crise no contexto brasileiro, muitas ainda orientadas por referenciais biomédicos e protocolizados, ajuda a compreender por que práticas fragmentadas e pouco sensíveis às dimensões existenciais do sofrimento continuam a atravessar o cuidado, inclusive quando o CAPS é reconhecido como referência.

Entretanto, algumas fragilidades nessa articulação precisam ser explicitadas para que a rede esteja efetivamente preparada para ofertar atenção integral à crise, conforme já sinalizavam Nicácio e Campos em 2004. Destaca-se, nesse sentido, a insuficiência de CAPS III com funcionamento 24 horas, equipamentos mais adequados para a sustentação do cuidado na crise que dispõem dos leitos mencionados pelos participantes. Em 2022, o Brasil possuía 126 CAPS III, 135 CAPS III AD em todo o território nacional (Brasil, 2022). Soma-se a isso a atuação paralela e pouco articulada de outros componentes da Rede de urgência e emergência, como o SAMU, que frequentemente operam à margem da RAPS, limitando a continuidade do cuidado e a integração ao PTS (Dias; Ferigato; Fernandes, 2020).

Outra problemática que impacta a gestão da crise é justamente o silenciamento das pessoas usuárias e familiares em relação às decisões acerca do seu PTS que se

intensificam nestes momentos (Depole, 2018; Colato, 2022) como manifestado no relato de Pelé. Por isso, torna-se necessário que os profissionais de saúde compreendam que é justamente no momento de maior sofrimento psíquico e consequente condução deste, que o desejo das pessoas precisa ser considerado, para que elas continuem sendo as protagonistas de suas trajetórias. Nesse contexto, a Terapia Ocupacional, enquanto profissão cujo núcleo de práticas se orienta também pela promoção da autonomia, pode oferecer contribuições decisivas ao sustentar práticas participativas e ao adotar dispositivos que redistribuem o poder decisório no cotidiano do cuidado.

Nessa direção, diversas iniciativas têm sido experimentadas no Brasil, indicando estratégias promissoras alinhadas à Atenção Psicossocial, a fim de fortalecer o protagonismo das pessoas usuárias durante a crise. Entre elas, destacam-se o Cartão e o Plano de crise, dispositivos construídos conjuntamente por pessoas usuárias, familiares e equipes, implementados, inicialmente, em Brasília, em 2017. O Cartão de crise reúne informações básicas que podem orientar ações imediatas como dados de identificação, endereço, contatos de emergência e indicação dos serviços nos quais a pessoa prefere ser acolhida. Já o Plano de crise é mais detalhado e estratégico, incluindo histórico de saúde mental, intervenções que se mostraram eficazes anteriormente, uso habitual de medicações, identificação das pessoas de referência para cuidado e, sobretudo, estratégias de manejo acordadas previamente. Ao antecipar essas informações e pactuar modos de cuidado, ambos os dispositivos contribuem para evitar respostas autoritárias, hierarquizadas e improvisadas, redistribuem o poder decisório e valorizam a experiência vivida como componente central na gestão da crise (Vasconcelos, 2021).

Outra iniciativa que oferece estratégias potentes passíveis de serem incorporadas ao PTS, após adequações ao contexto brasileiro, é o Diálogo Aberto (Open Dialogue), abordagem desenvolvida na Finlândia, na década de 1980, para o cuidado de situações de crise psicótica. Fundamentada em sete princípios: ajuda imediata, inclusão da rede social, flexibilidade e mobilidade do cuidado, responsabilidade compartilhada, tolerância à incerteza, acompanhamento psicológico e dialogismo, que orientam uma reorganização da atenção à crise. Essa perspectiva prevê a realização do primeiro encontro em até 24 horas após início da crise, preferencialmente na residência da pessoa em cuidado, de modo que todas as decisões sejam construídas coletivamente entre pessoas usuárias, familiares, equipe e rede de apoio. Ao valorizar a multiplicidade de vozes, essa abordagem evita respostas precipitadas e promove a manutenção da autonomia da pessoa

em sofrimento e de seu entorno, evidenciando resultados expressivos, como satisfatória retomada das atividades cotidianas, especialmente estudo e trabalho, e fortalecimento das redes sociais (Kantorski; Cardano, 2017; Florence, 2018).

Os resultados desta pesquisa indicam que, quando o CAPS assume a centralidade na gestão da crise, a atenção não apenas se aproxima às diretrizes da Atenção Psicossocial, mas também se mostra coerente com os sentidos atribuídos pelas próprias pessoas usuárias ao cuidado. Ao reconhecer o CAPS como espaço de sustentação do PTS, especialmente em momentos críticos, reafirma-se o cuidado em liberdade como eixo ético, político e clínico da atenção psicossocial. No entanto, evidenciou-se também que essa centralidade do CAPS na rede não sustenta a continuidade do cuidado longitudinal e situado em vários momentos. Nesse sentido, o PTS reafirma-se como um dispositivo fundamental para articular ações, estratégias, recursos e diferentes modos de atenção, evitando rupturas desnecessárias, reduzindo práticas tutelares e favorecendo processos de cuidado em liberdade que respeitem o desejo, a autonomia e as relações sociais que atravessam esse processo.

A ambivalência presente na narrativa de Pelé aprofunda essa discussão. Ao apresentar a fotografia intitulada “Céu”, o participante evidencia a liberdade como valor central em seu PTS, tensionando a concepção de atenção à crise inicialmente expressa em seu discurso, mas, ao mesmo tempo, aproximando-se dos princípios da Atenção Psicossocial, como demonstra o excerto a seguir:

O Céu é importante para o PTS, porque ele representa a liberdade, né? De pensar uma forma de se cuidar com liberdade de ir e vir, então o Céu representa essa liberdade (Pelé)!

Essa ambivalência expressa por Pelé pode ser compreendida à luz da literatura que discute como histórias de vida e experiências de sofrimento e cuidado produzem marcas nas singularidades das pessoas e moldam suas expectativas em relação ao cuidado. (Depole *et al.*, 2022). Sendo assim, no caso específico de Pelé a associação imediata entre atenção à crise e internação parece refletir mais essas marcas produzidas por suas vivências anteriores do que um desejo propriamente dito. Nesse sentido, enquanto o discurso verbal aponta para a internação como solução, a imagem produzida no processo de pesquisa revela um desejo mais profundo, ancorado na liberdade, na autonomia e no cuidado em território. Tal deslocamento reforça a potência dos dispositivos expressivos

na construção do PTS e evidencia a importância de escutas que ultrapassem o discurso literal, acolhendo os sentidos produzidos no cotidiano e nas experiências vividas pelas pessoas.

Em relação à rede intersetorial, o NOT foi referido por Tulipa, Jade e Iris como um serviço ofertado dentro da rede intersetorial como uma possibilidade de acesso ao trabalho e ampliação do PTS, como referido nos excertos a seguir:

Ele não quis ir trabalhar lá [...] pensaram nas atividades aqui e lá no NOT. Porque ele tinha perfil para isso, ele não é violento, não é mal-educado, é um menino inteligente, estudado, até começou faculdade de segurança do trabalho. Mas daí ele não topou o NOT, continuou com as outras atividades aqui no CAPS mesmo e fica muito em casa, porque ele é caseiro (Iris).

Esse dado evidencia que a mera existência e indicação de uma atividade territorial não garante sua integração ao projeto terapêutico. Para que uma atividade possa ser incorporada ao PTS, ela precisa ter sentido para a pessoa e estar alinhada aos seus interesses. Sem isso, a atividade permanece como oferta lateral ou tentativa pontual.

No âmbito da educação e da qualificação profissional, Ronaldo menciona experiências esparsas de cursos, sem clareza sobre sua continuidade ou articulação com um projeto de cuidado mais amplo. Já no campo da assistência e ação social, os relatos de Vini e Zico evidenciam um uso restrito e burocratizado do CRAS, limitado à atualização do Cadastro Único, sem que outras possibilidades de apoio fossem apresentadas ou construídas.

Eu fiz curso de várias coisas, pelo menos comecei, não lembro se me formei, mas comecei (Ronaldo)!

Eu vou no CRAS, devido ao cadastro único da bolsa. Mas vou lá somente para isso, nunca me falaram que teria outras coisas que poderiam fazer para mim (Vini).

Eu também vou lá só para renovar o cadastro (Zico).

O relato de Pelé torna explícito como as dificuldades de acesso a benefícios assistenciais e ao suporte jurídico constituem obstáculos concretos à efetivação do PTS, revelando a incidência direta dos determinantes sociais da saúde sobre a possibilidade de sustentar o cuidado no cotidiano, ao apontar a negativa recorrente de benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Auxílio-doença, bem como a necessidade

de recorrer a advogados particulares para acessar direitos básicos, como demonstra o excerto a seguir:

Acho que o meu projeto tinha que ter um benefício, eu já fui atrás, mas foi negado, fomos atrás da OAB, mas não conseguimos ajuda[...] e não tinha o que receber. Eu tinha que procurar um advogado particular para entrar com ação. Então, você recebe o benefício por uns 3 meses ou 6 meses, ele é cortado e você tem que fazer nova perícia e se for negado entra com uma nova ação para pegar o dinheiro de novo. No próprio INSS tem advogado para eles, para nós que recorremos temos que pagar (Pelé)!

Essa experiência é reforçada pelo relato de Vini, que descreve o acesso aos serviços previdenciários como um processo pouco empático, no qual a escuta e o reconhecimento da singularidade são substituídos por procedimentos padronizados e distantes.

Aí me falam de justiça, ter um salário facilitaria a vida dele [Pelé] e seria muito justo [...]! Isso porque ouvi falar que quando pega advogado particular, a primeira parcela é dele. Depois numa próxima parcela que vai para você. E como a pessoa se cuida e se trata sem nada? A pessoa tem que se alimentar!

Como no meu caso, por exemplo: eu perdi parte da minha vista, dei entrada no INSS, mas foi negado também. Não adianta, você pode chegar 5 horas da manhã, abre às 8 horas. Você fica naquela filona que se estende por mais de um quarteirão. Fica chateado, não por ir, mas por chegar lá e não conversarem com você. Só olham para sua cara, catam o papel e dizem:

– Liga neste telefone tal dia e você saberá o resultado?

Desse jeito até eu sou doutor (Vini)!

No caso de Vini, por exemplo, as dificuldades de acesso ao sistema previdenciário e jurídico poderiam ser objeto de ações compartilhadas entre o CAPS e a assistência social, ampliando o suporte ao PTS. No entanto, o contato com esse setor restringe-se a procedimentos protocolados. Esses excertos tornam visível a violência estrutural no cotidiano, ao restringir o acesso a direitos sociais fundamentais justamente para aqueles que mais necessitam, aspecto também evidenciado anteriormente pelas mães. O efeito sobre o PTS é impactante, sem renda, benefícios e suporte jurídico, a continuidade do cuidado se torna instável, porque as condições materiais de existência passam a limitar escolhas, circulação e possibilidades de projeto.

As dificuldades descritas por Pelé e Vini não podem ser lidas como elementos periféricos, elas modulam formas de viver e adoecer. Conforme discutem Galvão, *et al.*

(2021), os determinantes sociais da saúde incidem de forma desigual as possibilidades de acesso a políticas públicas, reproduzindo trajetórias marcadas por exclusão e discriminação. Slomp Junior; Franco; Merhy (2022), complementam que esse processo desloca para os sujeitos a responsabilidade pela sustentação do cuidado em contextos de desproteção institucional ou social, poupando o Estado de operar na garantia de direitos. Nessa lógica, as pessoas que acumulam maiores cargas de vulnerabilidade enfrentam barreiras adicionais para acessar benefícios, justiça e proteção social, o que, paradoxalmente, fragiliza ainda mais suas condições de saúde mental e a possibilidade de efetivar novos projetos de cuidado.

Nesse sentido, a intersectorialidade pode operar como método de sustentação do PTS, tanto no planejamento quanto no acompanhamento e na avaliação do cuidado. Ao favorecer o diálogo entre setores e circulação de informações, contribui para que o PTS se mantenha processual e coerente com os projetos de vida. Conforme afirmam Taño e Matsukura, (2019) a intersectorialidade possibilita que a singularidade do cuidado seja pauta permanente e funcione simultaneamente como estratégia clínica e ferramenta de gestão, aspecto que converge com a concepção ampliada de PTS adotada neste estudo. Articular intersectorialidade e PTS implica, portanto, reconhecer que a efetividade do cuidado em saúde mental depende da capacidade dos serviços de operar em rede, sustentar vínculos institucionais e produzir respostas coletivas às necessidades concretas dos sujeitos, para enfim transformar acessos pontuais em ações compartilhadas e articuladas.

Em contraponto, Margarida e Jade incluíram atividades externas ao CAPS (Ouvidores de vozes e Atividades Culturais) como componentes atuais do PTS dos filhos, demonstrando que ao articular a intersectorialidade é possível ampliar as relações sociais e trazer respostas concretas aos interesses das pessoas, como demonstram os excertos a seguir:

Ele é bem engajado, participa dos Ouvidores de vozes, você já ouviu falar? Já viajou com eles para aprender mais sobre isso e depois trazer as novidades para o restante do grupo. Não é nem o CAPS, os encontros são, no CEI, participa e quando a pessoa que projetou tudo não está presente é ele quem coordena o encontro. Além dos Ouvidores de vozes ele vai para a consulta e vai para Assembleia no CAPS (Margarida).

Ele queria fazer artes cênicas antes de adoecer, é algo que ele gosta [...]. Agora ele participa do grupo de cinema, só que ele não vai junto.

O grupo sai daqui para assistir um filme, ele vai sozinho e se encontra com o pessoal. E ocasionalmente eles montam peças de teatro e vão ensaiar em outros lugares também (Jade).

Evidenciando que o problema não é a ausência de espaços no território e sim a ausência de reconhecimento, mediação, articulação e incorporação do território no projeto terapêutico. Quando há sentido, sustentação, a ampliação da participação social fora do CAPS fortalece o protagonismo, o cuidado em liberdade e ampliação das redes.

Em relação às relações sociais, segundo as pessoas usuárias, o estabelecimento de relações sociais no território e a existência de redes de apoio, seja por meio de apoio material ou afetivo, vinculados a amigos, colegas de trabalho, membros da igreja ou familiares, contribui para a continuidade do projeto de cuidado, conforme demonstram os excertos a seguir:

Ter alguém na rotina faz toda a diferença. Eu tenho família, mas eles não me querem na casa deles e com toda razão, não os culpo, porque eu fiz um estrago grande, eles me ajudam de longe! Da outra vez eu saí perdido, sem saber para onde iria. Então tenho essa minha amiga que está sempre ajudando, ela disse:

– Calma, a gente aluga um quarto de pensão para você beleza?

Nós namoramos há uns 15 anos e hoje somos amigos. Eu ligava às 3 horas da manhã e podia ficar conversando com ela por horas quando precisava de socorro. Também tenho minha mãe só que ela está muito debilitada, coitada (Dudu).

Mas quem me dá força de verdade são minhas filhas, elas levantam minha autoestima, me socorrem e fortalecem, sempre dizem:

– Pai se você não estiver bem, se não conseguir ir ao CAPS, você liga para a gente. A gente vai até você, conversa, se você quer sair a gente leva o senhor para passear, nos chame, antes de fazer qualquer outra coisa (Zico).

Minha mãe, ela me ajuda quando preciso, mas não preciso de ajuda normalmente (Ronaldo).

Eu gosto das testemunhas de Jeová porque eles são como um grupo, tipo uma família, sabe? Então eu acho que fico com eles mais porque me interessa pelo apoio que eles me dão do que pela religião [...] porque eu sou de verdade da quadrangular (Pelé).

Esse ponto converge com a Atenção Psicossocial, na medida em que amplia possibilidades de circulação, pertencimento e sustentação do cuidado em liberdade (Nicácio; Campos, 2004; Constantidinis, 2015). Carmo e Guizardi (2017) complementam ao afirmar que a intersetorialidade é tecida nas relações sociais concretas dos territórios,

que ativam recursos cotidianos de apoio, proteção e solidariedade. Assim, os relatos de Dudu e Pelé indicam que a sustentação do cuidado pode depender de vínculos que extrapolam o circuito dos serviços. Incluindo amizade, pertencimentos religiosos e relações comunitárias que se tornam, na prática, suportes decisivos em momentos de crise e vulnerabilidade.

Essa compreensão se aproxima da caracterização das redes sociais de suporte discutida por Avelar e Malfitano (2022) nas quais as redes reúnem relações significativas que sustentam a vida cotidiana por meio de apoios materiais, afetivos e simbólicos, envolvendo vínculos primários, como família, amigos e vizinhança, e vínculos secundários, mediados por instituições, serviços e organizações sociais. Ao mesmo tempo, essas redes não são isentas de ambivalências, podem favorecer inserção social e acesso a direitos, mas também operar como espaços de regulação e controle social (Ferro, 2015). Desse modo, reconhecer as redes acionadas pelas pessoas usuárias permite compreender que a continuidade do cuidado se produz em uma trama relacional ampla, na qual serviços, comunidade e vínculos cotidianos se atravessam.

Essa dimensão relacional também se expressa nas imagens produzidas por Dudu, que elaborou duas fotografias intituladas “Amigos” para representar elementos centrais de seu PTS. Mesmo ausente no último encontro, Dudu solicitou que as imagens fossem entregues à pesquisadora por outro participante, sinalizando o valor atribuído às relações sociais como suporte afetivo e como eixo estruturante de seu cuidado. Tal achado reforça que a produção e a manutenção das relações no território constituem não apenas um objetivo da Atenção Psicossocial, mas um componente concreto e vivido do cuidado em liberdade, sustentado nas redes sociais que atravessam o cotidiano das pessoas.

Os participantes referem que sua rede social primária, composta por familiares, encontra-se fragilizada e associam este fato à decorrência do sofrimento psíquico ou das repercussões deste nos relacionamentos interpessoais, evidenciando que nem sempre a convivência apresenta-se como um fator protetivo, como apresentado no trecho a seguir:

A minha ideia não é voltar a morar com a minha família, não tenho nenhum atrito com eles, converso por telefone, só tive um atrito com a minha irmã, depois da morte do meu pai e foi besteira minha, porque eu já não estava bem, estava louco! Mas eu não quero estar perto deles, embaixo do mesmo teto. É muito louco isso, mas estar perto deles me faz mais mal do que bem. Eu os amo de coração, mas não quero estar próximo. A minha mãe deu uma ideia de arrumar a casa dos fundos para mim, separada da casa dela. Então, me sinto mal... fiquei

pensando: vou ficar numa casa de fundo e não vou poder entrar na casa da minha própria mãe? Fica estranho isso! E não sei se eles [profissionais do CAPS] conversam com a minha família, se passam alguma informação, eu não pergunto também, mas eles não vão ao CAPS (Dudu).

Vini, por sua vez, descreve um ambiente familiar atravessado por julgamentos morais, diferenças de valores e pelo sofrimento psíquico, nos quais, diante das dificuldades de convivência familiar recorre à rua e ao bar como estratégias imediatas de enfrentamento da crise.

A minha nora não gosta de mim, porque ela é crente, mas meu filho não. Então, se eu chegar embriagado, ela já avisou para o meu menino. – Ó, fala para o seu pai parar com esse negócio de chegar embriagado que não vai dar certo!

E soltou umas palavras que eu não gostei, me ofendeu e ainda disse para minha mulher:

– Já avisei seu filho ou ele me escolhe, ou escolhe o pai.

Eu moro no fundo da casa dele e se estiver em casa com aquela tremedeira, o que eu faço? O meu recurso é ir para rua, para o bar (Vini).

O J., meu filho mais novo, é um menino, parece ter uns 30 anos de idade, bem fechado. Ele fala umas coisas para mim, tipo:

– Pai, você me desculpa é com muita dor no coração que digo isso, mas prefiro ficar afastado de você, te ver desta forma que acaba comigo!

Acho que ele é bem fechado, apesar de tocar a vida dele normalmente, mas para dizer isso, ele sofre, deve estar quebrado.

E é minha responsabilidade, trazer ele para perto novamente, porque ele sempre foi de falar que se espelhava em mim, que me via como seu herói e então fui caindo assim (Dudu).

A fragilização desses vínculos também se expressa nas fotografias produzidas pelos participantes. Entre Pelé, Dudu, Vini e Ronaldo, apenas Ronaldo incluiu familiares como elementos centrais de suas fotografias. Ainda assim, seu relato evidencia uma relação tensa e seletiva com a família de origem, marcada por conflitos e rupturas, na qual apenas as filhas são reconhecidas como fonte legítima de pertencimento e cuidado. Esse achado reforça que a presença da família no percurso de cuidado não implica, necessariamente em relações ampliadas de suporte, como evidenciado no trecho a seguir:

As minhas meninas estão na fotografia porque são minha vida e são minha família, o resto é melhor nem ver, nem encontrar, sempre tem briga, discussão, confusão. Eu e meu irmão já nos pegamos feio mesmo, então, são elas por mim e eu por elas. O resto se ficar perto se pega e se mata (Ronaldo)!

Diante dos acessos à rede de saúde esporádicos e reduzida articulação intersetorial, parte significativa da coordenação prática do cuidado pode deslocar-se para o âmbito familiar. Nessa direção, a rede primária, ou melhor, a rede de familiaridades, pode operar como suporte cotidiano, e como analisador dos limites da rede institucional. Quando o cuidado não se organiza de forma corresponsável entre os pontos da RAPS e os dispositivos intersetoriais, pode recair sobre as famílias a tarefa de sustentar as crises, organizar rotinas e viabilizar acessos, evidenciando uma ambivalência. Visto que a família pode produzir proteção e continuidade, mas também pode expressar conflitos, julgamentos e afastamentos, fragilizando pressupostos do PTS como dispositivo de autonomia e participação.

À luz da contribuição de Slomp Junior; Franco; Merhy (2022) é necessário aprofundar a compreensão desses resultados ao deslocar a noção de familiar para rede de familiaridades. Os autores destacam que, embora essa rede constitua um espaço privilegiado de trocas afetivas, socialização e construção de valores, também pode se tornar fonte de sofrimento, conflito e estigmatização. Nos relatos apresentados, observa-se com nitidez essa ambivalência. Dudu e Vini reconhecem vínculos afetivos preservados, mas apontam limites concretos para a convivência cotidiana, evidenciando situações em que a rede de familiaridades atua simultaneamente como suporte e como elemento que agrava o adoecimento, exigindo do cuidado em saúde uma leitura sensível e não normativa dessas relações. Sem recorrer a julgamentos prévios sobre os fatores que atravessam essas relações, tampouco desconsiderar o papel relevante que os familiares podem exercer no cuidado, torna-se fundamental adotar uma leitura pragmática dessas dinâmicas. E considerar que para algumas pessoas usuárias o distanciamento da sua rede familiar primária configura-se como uma estratégia legítima de autoproteção e preservação da saúde mental, tensionando concepções normativas de cuidado centradas na reaproximação familiar a qualquer custo.

Reconhecer essa ambivalência qualifica o PTS como dispositivo processual, sensível à singularidade das relações estabelecidas, evitando prescrições padronizadas de cuidado envolvendo pessoas familiares que não necessariamente estão no cotidiano dos sujeitos. Conforme Barros e Serpa (2022), embora a família frequentemente ocupe papel central em redes sociais mais restritas de pessoas em sofrimento psíquico, sua participação no cuidado precisa ser continuamente negociada, respeitando limites,

desejos e relações que se estabelecem neste contexto, para que o PTS sustente projetos de cuidado coerentes com suas experiências concretas de vida.

No que se refere às participações sociais, as pessoas usuárias descrevem baixa circulação no território, poucas interações sociais no cotidiano, o que pode explicar a escolha metodológica dos participantes de realizar a atividade com fotografias fora do CAPS, pelo desejo de experimentar um lugar diferente do cotidiano institucional, ainda que isso implique deslocamento, como ilustra o trecho do diário de campo a seguir:

Fiquei pensando no quanto a circulação e exploração do território são restritas para estas pessoas, eles preferiram ir para um local que demora 40 minutos para chegarmos, no calor que estava hoje, para conhecerem um local diferente... por mais acolhedor que seja, ainda é uma sala em um ambiente institucional, mas eles pareciam muito contentes em estarem lá, tomamos um cafezinho e conversamos sobre o jogo daquela semana, antes de começarmos a atividade (Diário de Campo, março de 2024).

As imagens produzidas reforçam as redes sociais restritas com a participação basicamente de familiares (Zico), outras pessoas usuárias de CAPS (Dudu e Vini) e um integrante da equipe do CAPS (Pelé).

Ela [mulher da foto] trabalha no CAPS, limpa lá, teve várias vezes em que eu não estava bem e ela veio me trazer um cafezinho, ela é uma boa pessoa, já me ajudou bastante e está sempre por lá, por isso ela é importante, mas você viu a minha foto também (Pelé)?

Minha atividade principal é prestar atenção nos pacientes, e fazer as atividades daqui. Eu até sei andar sozinho, mas pode ser perigoso, então presto atenção na dica do médico, sabe? E não fico andando por aí, aqui é o único lugar que venho sozinho, não faço nenhuma atividade fora daqui (Pelé)!

Eu vou somente no CAPS. Não me sinto bem em outros lugares, não sinto necessidade, nunca fui nestas coisas da Assistência Social. Até pratico esporte, levantamento de peso, mas em casa, tenho os pesos, tudinho organizado [...] E não preciso nem pensar muito, já sei que foto trarei na semana que vêm, uma com as minhas filhas, elas são importantes para o PTS, porque elas são importantes para a minha vida e a minha netinha... São por estas pessoas que eu quero ficar bem, continuar me cuidando, elas me motivam e me dão um objetivo (Zico).

Os relatos indicam que a baixa circulação territorial se articula a arranjos de proteção, medo e tutela, com impactos diretos sobre amplitude das relações sociais e sobre a possibilidade de acessar recursos no território. Os participantes não referem ocupar

outros espaços nos seus cotidianos. O CAPS é apontado como o principal espaço frequentado por eles e como um espaço seguro e acolhedor.

Sair de casa é bom, em casa a gente fica sufocado. Sair ajuda a melhorar, é bom para mim. Por isso, a experiência de estar vindo aqui já é uma terapia, para eu estar respirando [...], mas outros lugares são difíceis porque eu não posso ficar andando sozinho, é perigoso (Pelé)!

Eu me sinto bem demais no CAPS, como se eu estivesse na minha casa, como se tivesse com a minha família, tanto que hoje eles são minha família, sabe? Porque eles estão ali, sempre (Dudu)!

Quando Pelé afirma que “vir ao CAPS” já é terapêutico, evidencia-se o risco de que o cuidado permaneça excessivamente restrito ao serviço. De modo semelhante, quando Dudu descreve o CAPS como “casa” e “família”, revela-se a potência do vínculo e do sentimento de pertencimento, mas também se expõe a fragilidade das redes comunitárias e a necessidade de estratégias deliberadas de ampliação da participação social capazes de sustentar o cuidado em liberdade.

Essas limitações tornam-se ainda mais explícitas no material empírico. Tanto nas imagens produzidas na atividade fotográfica quanto nas produções do grupo piloto, observou-se o quanto a circulação no território e a participação social permanecem restritas. Os espaços onde as fotografias foram produzidas se resumem aos espaços internos do CAPS (Pelé, Dudu, Vini), ou em trânsito entre o CAPS e a moradia (Pelé), ou no próprio ambiente domiciliar (Zico). Somente um dos participantes do piloto tentou produzir uma foto na quadra do bairro. Contudo, é importante lembrar que na tentativa de produzir essa fotografia, ele foi impedido por um familiar, evidenciando, além da baixa circulação no território, o estigma que permeia seu cotidiano e impacta nesta circulação.

Nesse contexto, a ampliação da participação social pode ser compreendida como via estratégica para expandir relações sociais e fortalecer a rede de cuidado, para tanto requer práticas deliberadas de emancipação social (Silva e Oliver, 2019; Escorel; Moreira, 2012). Tais práticas visam romper processos de produção de não existência, isto é, a invisibilização de experiências e modos de vida que escapam ao que é socialmente reconhecido como legítimo, e assim, criar, junto às pessoas, propostas e ações que valorizem o protagonismo e a construção coletiva de caminhos no território (Lussi, 2020). Ao enfrentar dinâmicas tutelares e estigmatizadoras que restringem a participação social,

torna-se possível, que essas pessoas, efetivamente, ocupem novos lugares sociais na comunidade.

Nesse movimento, iniciativas não necessariamente desenvolvidas pelos CAPS, como Grupo de Ajuda Mútua ou Grupo de Ajuda compartilhada já difundidos no Brasil, podem favorecer relações mais democráticas, ampliar redes de apoio e favorecer a participação social (Vasconcelos, 2021). Da mesma forma, pesquisas avaliativas que incluem pessoas usuárias e familiares como coprodutores de conhecimento, reconhecendo suas narrativas e histórias de vida como fundamento para novos arranjos de cuidado, contribuem para a ampliação da participação social (Bustamante; Onocko-Campos, 2020; Vasconcelos, 2021). Produções coletivas, como guias de direitos elaborados por associações de pessoas usuárias e familiares, operam igualmente como dispositivos de educação popular, ampliando a circulação de informações e o acesso a recursos e redes de cuidado (Emerich; Onocko-Campos; Passos, 2014).

Outra chave importante para ampliar as relações sociais consiste em assumir o território como componente constitutivo do PTS. Para além de um recorte geográfico, compreendê-lo como campo de relações, redes e relações sociais. Sua incorporação reafirma pressupostos da Atenção Psicossocial, uma vez que o afastamento das tramas sociais concretas tende a reatualizar ciclos de alienação e exclusão. Nessa direção, a ocupação do território favorece não apenas a participação social, mas também o enfrentamento de estigmas e a ressignificação de vínculos, ao situar a clínica e o cuidado em processos territorializados e estratégicos para a articulação de redes (Leão; Salles, 2016). Práticas que sustentam circulação e encontros ampliam convivência e abrem espaço para a invenção de novos cotidianos, especialmente quando articuladas ao núcleo da Terapia Ocupacional, que toma atividades e cotidiano como elementos centrais de sua especificidade (Galheigo, 2020; Ferigato; Silva, 2016).

Por fim, as possibilidades de participação social podem ser ampliadas quando para além do território, a cultura é reconhecida como eixo estruturante das práticas de promoção de saúde mental, deslocando o cuidado do espaço institucional para a vida cotidiana. Experiências analisadas por Castro *et al.* (2016) indicam que a participação extrapola a simples presença em atividades, configurando-se como processo ativo de expressão e encontros. Propostas que articulam saúde, cultura e território demonstram a potência de oficinas, grupos e ações culturais para a reconstrução de laços sociais,

reinvenção do cotidiano e ampliação do exercício da cidadania. Tais experiências demonstram que a participação social se concretiza quando os sujeitos ocupam o território e coproduzem “políticas da vida”, transformando-o em um espaço de encontro, criação e pertencimento coletivo.

Ao desenvolver propostas ou estratégias de cuidado que integram as dimensões epistemológicas, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural da Atenção Psicossocial, ampliando a participação social e reconhecendo a pessoa usuária como cogestora e produtora não somente de saúde, mas de suas vidas, ampliam-se oportunidades de convivência, novas relações sociais e a emancipação, elementos diretamente implicados na produção e na sustentação do PTS no território. Contudo, para que essa ampliação ultrapasse os limites das práticas terapêuticas e se sustente no cotidiano, as redes que atravessam a vida das pessoas precisam de arranjos concretos que viabilizem sua articulação para que assim, o PTS possa cumprir seu papel processual e situado, coerente com projetos de vida desenvolvidos no território.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral compreender a perspectiva das pessoas usuárias e familiares acerca do Projeto Terapêutico Singular desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial, bem como identificar, sob a perspectiva dessas pessoas, as dificuldades e os desafios envolvidos na construção e na implementação desse dispositivo. Buscou-se, ainda, compreender o que pessoas usuárias e familiares consideram um PTS bem-sucedido.

Nesse sentido, a pesquisa debruçou-se inicialmente sobre o percurso histórico de constituição do Projeto Terapêutico Singular, compreendido como um dispositivo em permanente construção. Os estudos iniciais desta tese evidenciaram sua articulação com os campos da saúde mental e da saúde coletiva, destacando os constructos teóricos que sustentaram sua formulação e sua posterior consolidação estrutural no interior dos equipamentos da RAPS. A exploração desses referenciais teóricos mostrou-se fundamental para sustentar as análises desenvolvidas ao longo do estudo.

No que se refere à metodologia, a abordagem qualitativa adotada mostrou-se coerente com o objetivo de compreender as perspectivas das pessoas usuárias e familiares. A caracterização das pessoas participantes apresentou, em grande medida, convergência com achados já descritos na literatura, contudo demarcou-se uma divisão de gênero no contexto do cuidado em saúde mental. As mulheres, especialmente as mães, emergiram predominantemente no papel de cuidadoras, enquanto as pessoas em cuidado identificadas nesta pesquisa foram exclusivamente homens, evidenciando a persistente naturalização dos papéis de gênero refletidos no âmbito da Atenção Psicossocial. Outro elemento metodológico relevante refere-se ao número de participantes. Embora a pesquisa tenha contado com a colaboração de dois CAPS III e dois CAPS III AD, previa-se inicialmente a participação de um contingente mais amplo de colaboradores. Entretanto, a estratégia de coleta de dados com as pessoas familiares precisou ser ajustada em função da participação restrita desse grupo, aspecto que se mostra coerente com achados que apontam a baixa participação de familiares nos serviços e que deve ser considerado em investigações futuras.

As dimensões analíticas que emergiram dos resultados, como cotidiano, violência, estigma, trabalho, redes de saúde, redes intersetoriais e relações sociais, já eram apontadas pela literatura como elementos que atravessam os projetos terapêuticos. Contudo, a intensidade com que algumas dessas dimensões, como violência e estigma impactam os projetos de vida e dificultam a criação de novos modos de viver por meio do PTS mostrou-se particularmente significativa. O cotidiano evidenciado como espaço em que a vida acontece, mostrou-se também reprodutor de fragilidades, múltiplas violências e estigmas, impactando diretamente nos projetos de cuidado. O trabalho é reconhecido como produtor de saúde, se alinhado a uma atividade significativa para as pessoas usuárias. As redes de saúde e intersetoriais apresentam-se pouco articuladas, repercutindo na baixa participação social e relações sociais restritas. Aspectos que refletem um distanciamento entre os pressupostos do PTS e sua concretização, na prática, especialmente no que se refere à participação efetiva de pessoas usuárias e familiares, ainda que suas perspectivas estejam alinhadas às possibilidades da atenção em saúde mental. Estes achados demonstram o quanto a Atenção Psicossocial, enquanto processo ético, político e técnico, ainda se encontra em desenvolvimento e enfrenta desafios importantes para a efetivação de seus princípios.

Por outro lado, as pessoas usuárias e familiares demonstraram, uma compreensão consistente acerca das suas necessidades e dos objetivos do cuidado que precisa ser contemplado nos PTS desenvolvidos nos CAPS. Suas expectativas mostraram-se fortemente alinhadas aos pressupostos do dispositivo e aos objetivos da Atenção Psicossocial. Os resultados indicam que, apesar de terem suas vozes frequentemente silenciadas no cotidiano dos serviços, essas pessoas sabem identificar o que precisam, o que lhes faz bem e o que é fundamental para sustentar projetos de vida em seus cotidianos.

Para além da análise de um dispositivo específico de cuidado, este estudo evidencia que a coprodução de saberes não deve se restringir a práticas pontuais, mas constituir-se como um princípio e uma prática instituída dos serviços de saúde mental. A elaboração de ações, protocolos e trajetos de cuidado dissociados da singularidade das pessoas tende a produzir ações alienadas, com baixa capacidade resolutiva e pouco impacto na produção de saúde e de vida. A rede intersetorial precisa estar articulada de fato para que as ações de cuidado contemplem as diversas dimensões determinantes do sofrimento psíquico. Algumas iniciativas são apontadas neste estudo como possibilidades de ampliação da participação social das pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, os

achados evidenciam a incipiência do exercício do controle social nos serviços e em seus cotidianos, aspecto que poderia configurar importante potência para o fortalecimento do acesso a recursos materiais e humanos diretamente implicados no cuidado.

Nesse contexto, os profissionais de saúde assumem papel central como mobilizadores de ações que compõem o PTS, e argumentamos que a Terapia Ocupacional devido à especificidade de seu núcleo de saberes e práticas, com conhecimento aprofundado sobre o cotidiano e as atividades humanas, contribui para que o PTS se ancore nas condições concretas de vida das pessoas, considerando os significados atribuídos às atividades e as suas relações com os projetos de vida. Orientada por princípios como autonomia, participação e emancipação social, a Terapia Ocupacional atuando em parceria com os sujeitos, contribui para que a sua singularidade e autonomia sejam reconhecidas em todas as etapas do processo de cuidado. Dessa forma, seu trabalho potencializa a produção de um PTS territorial, processual e implicado. Permanecer nos serviços de saúde mental constitui um ato de resistência, ao lado de pessoas historicamente marginalizadas e desajustadas às normatizações sociais. Tal permanência exige posturas inventivas e criativas, capazes de explorar, junto às pessoas usuárias, atividades que as reinsiram em seus territórios de forma autônoma e como protagonistas dos caminhos traçados para o seu cuidado e para suas próprias vidas.

Por fim, os achados deste estudo podem subsidiar pesquisas futuras interessadas em investigar práticas de cuidado, redes de familiaridades, perspectivas de pessoas usuárias e familiares sobre serviços de saúde mental, sobretudo, no campo da Atenção Psicossocial e da Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, K. Y. A. et al. Uso da fotografia nas pesquisas qualitativas da área da saúde: revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 521–529, fev. 2021.

AMARANTE, P. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 20, p. 635-656

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMASSELA, C. A. P. A violência no campo da saúde mental a partir de Michel Foucault. **Revista Textos & Sentidos**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 13-28, 2021.

ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **RBP S**, v. 15, n. 3, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326>. Acesso em: 10 jul. 2024.

AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S. Terapia ocupacional e redes intersetoriais: conceitos e experiências em debate. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e3236, 2022.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 162-168, 2011. DOI: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20112162168>.

BARBOSA, M.; COSTA, N. A loucura nas famílias em tempos de reforma psiquiátrica: uma revisão bibliográfica. **Revista Enfermagem Contemporânea****, [S. l.], v. 17, p. 1-15, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2023.v17.35469>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARROS, O. C.; SERPA JUNIOR, O. D. Estigma e injustiça epistêmica: experiência de adoecimento e tratamento no CAPS AD III sob a ótica do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33040, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333040>.

BELOTTI, M.; FERIGATO, S. H. Interfaces entre violência de gênero contra mulheres e a saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 11, p. 1012-1032, 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Brasília: Editora MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** 2. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2e_d_2008.pdf. Acesso em: 3 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto 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 (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017a.

BRASIL. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro De 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2017b.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 757, de 21 de junho de 2023.** Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados.** v. 13, n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. [recurso eletrônico].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2025. Disponível em: [<https://cnes.datasus.gov.br/>]. Acesso em: 10 abr. 2025.

BUSTAMANTE, V.; ONOCKO-CAMPOS, R. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 156-169, 2020.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2015.

CARDINALLI, I. Atividades e cotidianos na formação em terapia ocupacional: experiências de ação, reflexão e criação. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 9, n. 1, p. 3142-3152, 2025.

CARDINALLI, I.; SILVA, C. R. Atividades humanas na terapia ocupacional: construção e compromisso. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, e. 2880, p. 1-17, 2021.

CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1265–1286, out. 2017.

CASTRO, E. D. *et al.* Território e diversidade: trajetórias da terapia ocupacional em experiências de arte e cultura. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, 24(1), 3–12, 2016.

COLAÇO, R. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Gestão compartilhada do tratamento com psicofármacos: inquérito com usuários de CAPS de quatro grandes cidades brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2553–2562, 2022.

COLATO, Érika Regina de Oliveira. **Projeto terapêutico singular em saúde mental: contribuições da terapia ocupacional**. 2022. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/15904>.

COLATO, E. R.; LUSSI, I. A. O. Potências e desafios na construção e condução do projeto terapêutico singular em saúde mental. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 18, e13053, 2025. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2025v18e13053>.

CONSTANTINIDIS, T. C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? **Psicologia USP**, v. 28, n. 1, p. 23-32, jan. 2017.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015.

CONSTANTINIDIS, T. C. et al. Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 911-926, 2018.

CÔRTEZ, S. M. V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000,

Brasília. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

COUTINHO, L. M. Q.; VASCONCELOS, C. R. N.; AMORIM, A. C. M. Um feitiço sem farofa e sem vela: a insegurança alimentar como analisadora da clínica psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 15, n. 43, p. 1–23, 2023.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Campinas: Unicamp, 2004.

CUNHA, G. T. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

DAVID, E. C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido, nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 264-277, out. 2020.

DELGADO, P. G. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, ano XV, n. 28, p. 187-198, 2012.

DEPOLE, Bárbara de Fátima. **A produção brasileira sobre o projeto terapêutico singular: revisão de escopo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

DEPOLE, B. F. *et al.* Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 14, n. 38, p. 1-25, 2022.

DIAS, M. K; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>.

ELOIA, S. C. *et al.* Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3001–3011, set. 2018.

ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1993, Belo Horizonte. **Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial**. Belo Horizonte: [s.n.], 1993. 23 p.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 685-695, jul./set. 2014.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853-884.

FARIAS, K. K. R.; BEZERRA, W. C. . Condições institucionais e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 24, n. 2, p. 235-246, 2016.

FERIGATO, S.; SILVA, M. C. Saúde mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, São Paulo: v. 24, n.2, pp.379-386, abr.-jun. 2016.

FERNANDES, A. D. S. A. et al. (org.). **Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2021.

FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: Desafios para além dos muros institucionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2017.

FERRO, L. F. Grupo de convivência em saúde mental: intersetorialidade e trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 23, n. 3, p. 485-498, 2015. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0558>

FERRO, L. F. Fortalecimento do controle social em saúde mental: estratégias e possibilidades. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 3, p. 601-610, 2016.

FERRO, L. F.; SANTOS, G. W. Controle social e saúde mental: estudo sobre barreiras e possibilidades para a participação social. **Extensão em Foco**, Curitiba, n. 22, p. 1-18, jan./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5380/ef.v0i22.70448>.

FLEURY, S.; OUVARNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 25-58.

FLORENCE, A. C. A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências. **Revista Polis e Psique, [S. l.]**, v. 8, n. 1, p. 191-211, 2018. DOI: 10.22456/2238-152X . 80427.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. Tradução de José Teixeira Coelho. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRAZATTO, C. F.; FERNANDES, J. C. Práticas do CAPS I e o desafio da desinstitucionalização. **Psicologia Revista**, v. 30, n. 1, p. 54-75, 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: Um encontro com a pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1997.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teóricos conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 5-25, 2020.

- GALVÃO, A. L. M. et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, p. e200743, 2021
- GARCIA-JR, C. A. S.; CECCON, R. F. Violência e saúde mental: intersecções contemporâneas. In: GARCIA-JR, C. A. S.; CECCON, R. F. (org.). **Violência e saúde mental: desafios contemporâneos**. Florianópolis: Rede Unida, 2023. p. 17-33.
- GATTI, B. A. **Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro, 2012.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1097 p. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.
- GRILLO, L. P. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial no Sul do Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, p. 2583-2600, 2023.
- GOFFMAN; E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
- HAMMELL, K. W. Ações nos determinantes sociais de saúde: avançando na equidade ocupacional e nos direitos ocupacionais. Tradução Prof. Dr. Vagner dos Santos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 378–400, jan. 2020.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. A Crise da Presença e a subjetividade neoliberal. Notas para uma teoria incompleta. **Caderno CRH**, [S. l.], v. 37, p. e024036, 2024. DOI: 10.9771/ccrh.v37i0.61778.
- JUNQUEIRA, A. M. G.; CARNIEL, I. C.; MANTOVANI, A. As assembleias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPS. **Vínculo**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2025.
- KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 23–32, jan. 2017.
- KINKER, F S. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARF0629>.
- KINOSHITA, R. T. Em Busca da Cidadania. In: Campos, F.C.B. e Henriques, C.M.P. (Org.). **Contra a Maré à Beira-Mar**. 2ed.São Paulo: HUCITEC, 1997, v. 1, p. 67-77.
- KINOSHITA, R. T. *et al.* Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 320-332, 2021.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, n. 40, p. 87-101, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008. Acesso em: 17 jan. 2022.

LEÃO, A.; LUSSI, I. A. O. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200474, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200474>

LEÃO, A.; SALLES, M. M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Org.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação**. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 61-76.

LIEBENBERG, L. Thinking critically about Photovoice: achieving empowerment and social change. **International Journal of Qualitative Methods**, [S. l.], v. 17, p. 1-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406918757631>.

LINS, A. C. B. C.; RODRIGUES, C. M. B.; FERREIRA, V. M. As mulheres no contexto de cuidado da pessoa com transtorno mental. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p. 88-109, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/cesp.2019.39471>.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 8, p. 89-120.

LOESCH, C. **Probabilidade e estatística**. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

LOURAU, R. **O analista institucional em tempo integral**. (org.) José Luiz de Andrade Altóe. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

PINHO, R. J.; LUSSI, I. A. O. Terapia ocupacional e trabalho: reflexões a partir da população de rua. In: SOUZA, M. B. C. A. (Org.). **Terapia ocupacional e trabalho: questões contemporâneas**. São Carlos: EdUFSCar, 2024. p. 149-165.

LUSSI, I. A. O. Emancipação social e terapia ocupacional: aproximações a partir das epistemologias do Sul e da ecologia de saberes. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 4, p. 1335-1345, 2020.

LUSSI, I. O.; MAZARO, L. M.; MORATO, G. G. Terapia ocupacional e inclusão social pelo trabalho. In: SOUZA, M. B. C. A. (Org.). **Terapia ocupacional e trabalho: questões contemporâneas**. João Pessoa: Ideia, 2023. p. 77-90.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. Terapia ocupacional e trabalho: perspectivas históricas e possibilidades atuais no campo da saúde mental. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Org.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2015. p. 85-110.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Artigos Além Das Portarias: Desafios Da Política De Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 281-298, dez. 2006.

- MANNAY, D. **Métodos visuales, narrativos y creativos en investigación cualitativa**. Madrid: Narcea, 2017.
- MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. **Anais do II Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Bauru: Universidade do Sagrado Coração, 2004. p. 1-10.
- MARTINI, L. C. et al. Experiência laboral e inclusão social de indivíduos com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 44, e11, 2019.
- MAZARO, L. M.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. O. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 127-146, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1880>
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.
- MERHY, E. E. et al. A promoção da saúde vista genealogicamente como prática discursiva em sua produção de mundos e uma leitura micropolítica dos determinantes sociais da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220231, 2023.
- MINAYO, MCS. **Violência e saúde [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. Disponível em: <http://books.scielo.org/>. Acesso em 10 de junho, 2024.
- MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n. 40, p. 139-153, 2018.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2023.
- MORATO, Giovana Garcia. **Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental**. 2019. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.
- MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Caracterização de iniciativas de geração de trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 26, n. 3, p. 336-344, 2015.
- MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 943-951, 2018.
- MUYLAERT, C. J.; DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 41–58, jan. 2015.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 103–121, jan. 2019.

NEUTZLING, I. O.; FRANZMANN, U. T.; MENEZES, E. S.; KANTORSKI, L. P. “Eu gritei para eles o que eu queria”: vivências no controle social em saúde mental. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 1-15, 2024. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i2.25311>.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2003.297444>

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, Brasil, v. 15, n. 2, p. 71–81, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13942>. Acesso em: 4 abr. 2025.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 101-108, 2009.

NUNES, B. D.; BELLINI, M. I. B. Saúde mental e violência institucional: Entre invisibilidade e omissão, *In*: Garcia Jr., C.A. S. e Ceccon, R.F. (Org). **Violência e Saúde Mental: desafios contemporâneos**: 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. p. 316-340.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O Projeto Terapêutico como contribuição para a mudança**. Campinas: Unicamp, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 203. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/409274>

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. *In*: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 1, p. 283-297.

OLIVEIRA, S.; GUIMARÃES, O. M.; FERREIRA, J. de L. As entrevistas semiestruturadas na pesquisa qualitativa em educação. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 24, n. 55, p. 210-236, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5965/1984723824552023210>. Disponível em: <https://doi.org/10.5965/1984723824552023210>.

OLMOS-VEGA, F. M. et al. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. **Medical Teacher**, v. 45, n. 3, p. 241-251, 2022. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e113, 2018.

PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Apoio como estratégia de ativação do movimento constituinte do SUS: reflexões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **O apoio paidéia e suas rodas: reflexões sobre as práticas em saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 141-166.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PINHO, R. J.; LUSSI, I. A. de O. Terapia ocupacional e trabalho: reflexões a partir da população em situação de rua. In: SOUZA, M. B. C. A. (Org.). **Terapia ocupacional e trabalho: questões contemporâneas**. João Pessoa: Ideia, 2023. p. 149-165.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E.. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 141–152, jan. 2018.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial: contribuição para a clínica da reforma psiquiátrica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

PORTAL, P. S. C. *et al.* Equipes multidisciplinares como dispositivos de “referência técnica” em saúde mental em CAPS e gestão de cuidados: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e21010615747, 2021.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEVEDO, A. L.; OLIVEIRA SOUZA CASTRO, R. C. Verificação da aplicação da Política Nacional de Humanização no atendimento das Unidades de Saúde da Família em um município do interior paulista. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 255–270, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p255-270>.

ROMAGNOLI, R. C. Sobre a (im)possibilidade de dar voz aos usuários das políticas públicas: reflexões a partir da prática intersetorial. **Educação em Perspectiva**, v. 10, e019002, 2019.

ROSSI, L. M.; CID, M. F. B. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 734-742, 2019.

SÁ, P.; COSTA, A. P.; MOREIRA, A. (Org.). **Reflexões em torno de metodologias de investigação: recolha de dados**. v. 2. Aveiro: UA Editora, 2021.

SALLES, M. M., & MATSUKURA, T. S. Conceitos de ocupação e atividade. In T. S. Matsukura & M. M. Salles (Eds.), **Cotidiano, atividade humana e ocupação** (1. ed., pp. 13–31). São Carlos: EDUFSCar, 2016.

- SANTOS, E. O.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B.; ANDRADE, A.P. M.; ESLABÃO, A. D. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 13, n. 1, p. 1-13, abr. 2018.
- SANTOS, Y. L. Q.; NAVARRO, V. L.; ELIAS, M. A. A precarização do trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 26, e-190114, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.cpst.2023.190114>.
- SAPATINI, C. H.; TRALDI, B. A. G.; SILVA, K. C. B. Raça e gênero na saúde mental: o que a psicanálise (não) escuta. **PLURAL - Revista de Psicologia UNESP Bauru**, Bauru, v. 4, e024p15, 2024. DOI: <https://doi.org/10.59099/prpub.2024.87>.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001a. p. 19-26.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001b.
- SILVA, A. C. C.; OLIVER, F. C. Participação social na terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 27(4), 858-872, 2019.
- SILVA, A. C. C.; Oliver, F. C. A participação social como um caminho possível para a justiça social e ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 30, e3081, 2022. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO233130811>.
- SILVA, N. G. *et al.* O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 100-114, 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>
- SILVA, N. G. *et al.* Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial. **Psicologia em Estudo**, v. 25, 2020.
- SILVA, S. M. P.; FRANÇA, M. H. O. Trabalhando com o mínimo: a saúde mental infantojuvenil no estado da Paraíba. **Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022. <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63445>
- SPINK, M. J. *et al.* (org.). **A produção de informação na pesquisa social, compartilhando ferramentas**. São Paulo: Cortez, 2014.
- SIQUEIRA, E. F. G. *et al.* Busca ativa e visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde mental na pandemia. In: **Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2022. p. 68-75.
- SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1795–1803, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015000601795&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

SLOMP JUNIOR, H.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Projeto terapêutico como dispositivo para o cuidado compartilhado**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. <https://doi.org/10.18310/9788554329778>

SOUSA, J. M. et al. Prática do acolhimento na atenção psicossocial para o cuidado centrado na pessoa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, e92034, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92034>.

SOUZA, M. B. C. A.; LUSSI, I. A. O. Terapia ocupacional e trabalho informal: reflexões para a prática. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 30, e2901, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO21902901>.

TAÑO, Bruna Lidia. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/items/ca99afe5-4ccd-4be3-b2cb-046e78b01229>

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiência dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis**, v. 29, e290108, 2019.

TAVARES, I. V. F.; WILLRICH, J. Q.; PORTELA, D. L. **Perception of users of a psychosocial care center about their unique therapeutic project**. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 10, e560101019029, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19029>.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 994-1012, 2017.

UEMURA, L.; MARIOTTI, M. C.; PALM, R. D. C. M. Estigma e transtorno mental: perspectiva do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 309-316, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p309-316>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rto/article/view/97425>.

VASCONCELOS, M. G. F. Estratégia antimanicomial para resistir e avançar: abordagens baseadas em direitos e protagonismo de usuários(as) e familiares. in VASCONCELOS, M. G. F. (org.). **Novos horizontes em saúde mental: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares**. São Paulo: Hucitec, 2021. cap. 1. p 39-90.

VASCONCELOS, M. G. F. *et al.* Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016.

VASQUES, N. A.; BERNARDINO, A. V. O uso de substâncias psicoativas e a família: um estudo sobre a escuta e a inserção familiar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD). **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2, p. 19-25, 2019.

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 173–190, 2018. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/80426>. Acesso em: 7 jul. 2025.

ZANARDO, G.L.P. *et al.* Operacionalização Da Articulação Dos Centros De Atenção Psicossocial Na Rede: Perspectiva De Profissionais. **Revista Polis e Psique**, v. 13, n. 3, p. 56-75, 2024.

ZANATTA, A. B. *et al.* Estresse e enfrentamento de trabalhadores de centro de atenção psicossocial em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 83-89, 2019. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190300>

ZIWCHAK, D. J. V.; ARISTIDES, J. L. Percepção de Familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e aos adolescentes usuários de um CAPS infantojuvenil. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 3, p. 181-187, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL

Data: ____/____/____

QUESTÕES DISPARADORAS

- Contem-me um pouco sobre suas experiências no CAPS.
- O que vocês pensam sobre Projeto Terapêutico Singular? Em quais momentos vocês conversam sobre PTS?
- Como ele é construído?
- Como vocês participam do PTS?
- O que vocês acham que dificulta ou facilita na hora de colocar em prática o que foi combinado no PTS?
- Quem organiza o PTS de vocês?
- Quem toma as decisões? Vocês poderiam me dar exemplos?
- Já foram necessárias mudanças ou adequações nos seus PTS?
- Tem mais alguma coisa sobre PTS que vocês acham importante contar?

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DAS PESSOAS FAMILIARES

Data: ____/____/____

QUESTÕES DISPARADORAS

- Conte um pouco sobre suas experiências no CAPS.
- O que você pensa sobre Projeto Terapêutico Singular? Como ele é construído no CAPS, vocês conversam sobre ele?
- Como vocês participam do PTS dos seus familiares?
- O que você acha que dificulta ou facilita na hora de colocar em prática o que foi combinado no PTS do seu familiar?
- Quem organiza o PTS do seu familiar?
- Quem toma as decisões (sobre serviços, ações, atividades ou pessoas que irão compor o PTS)? Vocês poderiam me dar exemplos?
- Já foram necessárias mudanças ou adequações no PTS dos seus familiares (devido à estabilidade ou crise do usuário)?
- O que vocês esperam que aconteça no PTS do seu familiar para que vocês considerem que ele deu certo?

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 510/2016)

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DAS PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES.

Eu, Érika Regina de Oliveira Colato, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, o(a) convido a participar da pesquisa: **“PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DAS PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES.”** orientada pela Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

O objetivo deste estudo é analisar a perspectiva dos usuários e familiares sobre suas participações no PTS nos CAPS, identificar os desafios na construção dos PTS e identificar os desafios na implementação dos PTS, sob a ótica das pessoas usuárias e familiares, bem como, identificar a perspectiva das pessoas usuárias e familiares do que seria um PTS exitoso.

Você foi selecionado(a) por ser um(a) pessoa **usuária** que frequenta um dos CAPS participantes deste estudo, situados na cidade de Campinas–SP, cidade onde o estudo será realizado, há no mínimo 6 meses. Primeiramente você será convidado a responder um formulário de caracterização com informações pessoais e socioeconômicas.

Posteriormente será convidado a participar de um grupo de aproximadamente 8 pessoas realizado no CAPS em que frequenta, ou em outro CAPS próximo ao seu, se assim o preferir. Os encontros com o grupo serão realizados em sala de atendimento grupal, ou em outro local que comporte a atividade, organizado pela pesquisadora, se o grupo assim o preferir. Serão realizados 2 encontros, que contarão com a participação de um relator, isento de vínculo com os participantes do grupo e com os serviços.

No primeiro encontro será desenvolvido um grupo focal com a um roteiro de questões disparadoras sobre Projeto Terapêutico Singular, para o segundo será necessário que vocês tragam fotografias que representem suas experiências no desenvolvimento do PTS no cotidiano. Aos participantes que não tiverem máquinas fotográficas será ofertada uma câmera digital para ser utilizada durante a pesquisa.

As perguntas não serão 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 o seu projeto de cuidado organizado nos CAPS, e também constrangimento, pelo fato da pesquisadora ser profissional atuante em CAPS. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nos grupos, a liberdade de não responder perguntas quando as considerarem constrangedoras, podendo interromper sua participação a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso da não continuidade do participante por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo, acolhê-lo e encaminhá-lo para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Saúde Mental e Coletiva, para a construção de novos conhecimentos com a valorização da perspectiva das pessoas usuárias e familiares sobre ações, práticas e projetos de cuidado desenvolvido nos CAPS.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo pessoal, seja em sua relação ao pesquisador, à instituição em frequente ou à Universidade Federal de São Carlos. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio dos grupos e da presença de um relator nesses encontros. As gravações realizadas durante o grupo serão transcritas pela

pesquisadora e por mais um profissional experiente nessa ação, garantindo que se mantenha o mais fidedigno possível. As despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você receberá assistência imediata e integral e terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30 horas.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Érika Regina de Oliveira Colato.

Endereço: Rodovia Washington Luís km 235, c.p 676 - CEP 13.565-905, São Carlos – SP - Brasil.

Contato telefônico: (19) 993566661

E-mail: kilaregina@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador

Nome do Participante

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 510/2016)

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DAS PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES.

Eu, Érika Regina de Oliveira Colato, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, o(a) convido a participar da pesquisa: “**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DAS PESSOAS USUÁRIAS E FAMILIARES.**” orientada pela Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi.

O objetivo deste estudo é analisar a perspectiva das pessoas usuárias e familiares sobre suas participações no PTS nos CAPS, identificar os desafios na construção dos PTS e identificar os desafios na implementação dos PTS, sob a ótica das pessoas usuárias e familiares, bem como identificar a perspectiva das pessoas usuárias e familiares do que seria um PTS exitoso.

Você foi selecionado(a) por ser **familiar** de uma pessoa usuária que frequenta um dos CAPS participantes deste estudo, situados na cidade de Campinas–SP, cidade onde o estudo será realizado, há no mínimo seis meses. Primeiramente você será convidado a responder um formulário de caracterização com informações pessoais e socioeconômicas.

Posteriormente será convidado a participar de um grupo de aproximadamente 8 pessoas ou entrevista individual, realizada no CAPS em que seu familiar frequenta, ou em um outro CAPS próximo a ele, se assim o preferir. Será somente 1 encontro realizado em uma sala de atendimento grupal, ou em outro local que comporte a atividade, organizado pela pesquisadora, se o grupo assim o preferir. O encontro contará com a participação de um relator, isento de vínculo com os participantes do grupo e com os serviços.

As perguntas não serão 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 o projeto de cuidado do seu familiar organizado no CAPS, e também constrangimento, pelo fato da pesquisadora ser profissional atuante em um CAPS. Diante dessas situações, vocês terão garantidas pausas nos grupos, a liberdade de não responder perguntas quando as considerarem constrangedoras, podendo interromper sua participação a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de não continuidade do participante por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo, acolhê-lo e encaminhá-lo para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Saúde Mental e Coletiva, para a construção de novos conhecimentos com a valorização da perspectiva das pessoas usuárias e familiares sobre ações, práticas e projetos de cuidado desenvolvidos nos CAPS.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo pessoal, seja em sua relação ao pesquisador, à instituição em frequente ou à Universidade Federal de São Carlos. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio dos grupos e da presença de um relator nesses encontros. As gravações realizadas durante o grupo serão transcritas pela pesquisadora e por mais um profissional experiente nessa ação, garantindo que se mantenha o mais fidedigno possível. As despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você receberá assistência imediata e integral e terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-reitora de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30 horas.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Érika Regina de Oliveira Colato.

Endereço: Rodovia Washington Luís km 235, c.p. 676 - CEP 13.565-905, São Carlos – SP - Brasil.

Contato telefônico: (19) 993566661

E-mail: kilaregina@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador

Nome do Participante

APÊNDICE E

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Caso você e o restante dos participantes da pesquisa escolham utilizar imagens, precisamos que você autorize o uso desse material para divulgação. Destacamos que o uso desse material terá fim exclusivamente educativo e científico.

Eu, _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente na rua _____, nº _____, na cidade de _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos, exclusivamente para fins educativos e científicos relacionados ao trabalho “Projeto Terapêutico Singular em Saúde Mental: Perspectiva das pessoas usuárias e familiares”.

Pesquisadora responsável: Érika Regina de Oliveira Colato.

Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235, São Carlos/SP - CEP: 13565-905

Departamento de Terapia Ocupacional – Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional.

Contato telefônico: (19) 993566661 E-mail: kilaregina@gmail.com

São Carlos, ____ de _____ de 202__.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante

APÊNDICE F

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS.

Participante n° _____

Data: ___/___/_____

DADOS DO PARTICIPANTE

- Nome: _____
 - Data de nascimento: ___/___/_____ Raça/cor autodeclarada: _____
 - Gênero autodeclarado: _____ Estado Civil _____
 - CAPS que frequenta: _____
 - Tempo que frequenta o CAPS: _____
 - Qual a sua formação?
Ensino Fundamental () Ensino Médio () Graduação () Pós-graduação ()
Ens. Fundamental Incompleto () Ens. Médio Incompleto ()
 - Qual sua relação com o trabalho?
Trabalho Formal () Trabalho Informal () Cooperativas ()
Não trabalha () Aposentado ()
 - Recebe algum benefício assistencial (LOAS, Aux. Doença, Bolsa Família)?
Não () Sim () Se sim, qual: _____
 - Como é sua moradia?
Rua/Abrigo () Residência própria () Residência de familiares ()
República/Pensão ()
 - Você reside sozinho(a)? Se não, quantas pessoas residem com você?
Sozinho () Acompanhado () _____ pessoas
 - Você participa de Associações ou Conselhos (gestor, saúde, assistência social, álcool e outras drogas, educação, cultura ou outros). Se sim, qual (is)?

 - Você frequenta outros serviços (Atenção Básica, CRAS/CREAS, Esportes, Cultura, Educação) ao menos 1 vez por mês? Se sim, qual(is)?

 - Quais as atividades que compõem seu Projeto Terapêutico Singular?

-

APÊNDICE G

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS FAMILIARES

Participante nº _____

Data: ___/___/_____

DADOS DO PARTICIPANTE

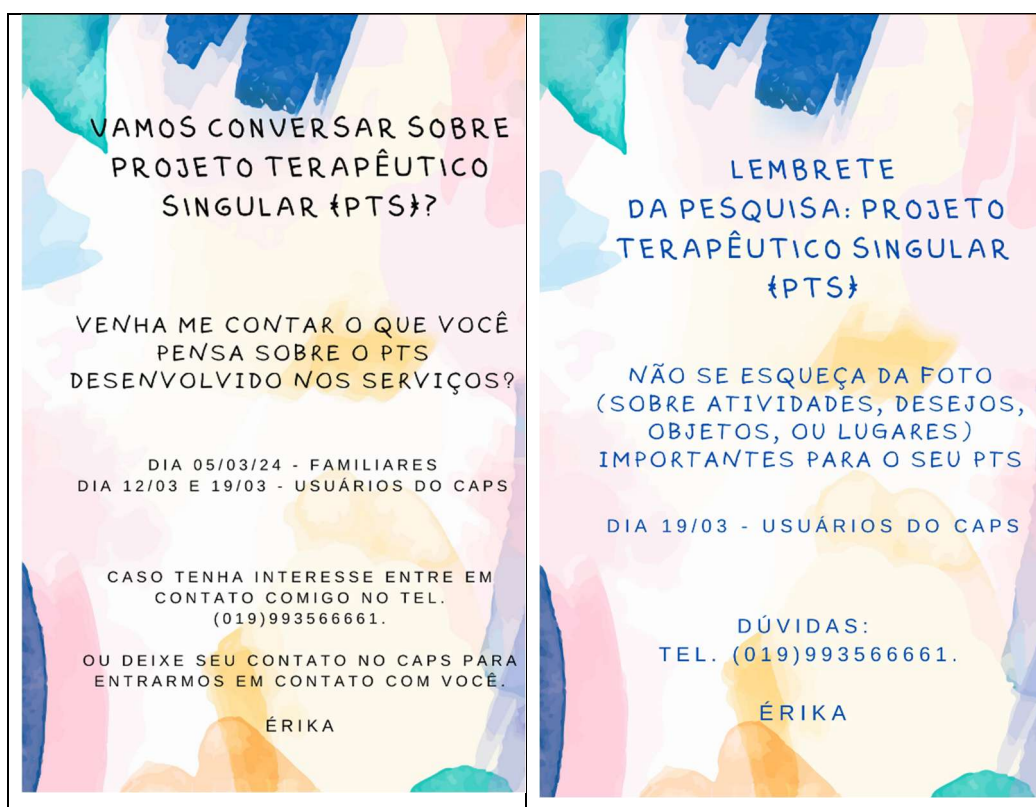
- Nome: _____
- Data de nascimento: ___/___/_____ Raça/cor autodeclarada: _____
- Gênero autodeclarado: _____
- Nome do CAPS que frequenta: _____
- Tempo que frequenta o CAPS: _____
- Estado civil: _____ Vínculo com o familiar: _____
- Qual a sua formação?
Ensino Fundamental () Ensino Médio () Graduação () Pós-graduação ()
Ens. Fundamental Incompleto () Ens. Médio Incompleto ()
- Qual sua relação com o trabalho?
Trabalho Formal () Trabalho Informal () Cooperativas ()
Aposentado () Não trabalha ()
- Recebe algum benefício assistencial (LOAS, Aux. Doença, Bolsa Família)?
Não () Sim () Se sim, qual: _____
- Como é sua moradia?
Rua/Abrigo () Residência própria () Residência de familiares ()
República/Pensão ()
- Você reside sozinho(a)? Se não, quantas pessoas residem com você?
Sozinho () Acompanhado () _____ pessoas
- Você participa de Associações ou Conselhos (gestor, saúde, assistência social, álcool e outras drogas, educação, cultura ou outros). Se sim, qual (is)?

- Você frequenta outros serviços (Atenção Básica, CRAS/CREAS, Esportes, Cultura), ao menos 1 vez por mês? Se sim, qual (is)?

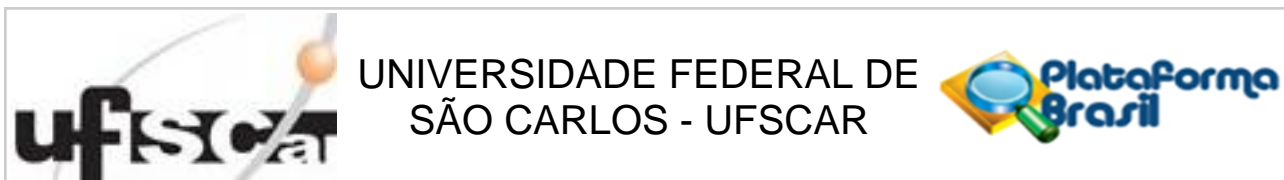
- Quais as atividades que compõem o Projeto Terapêutico singular do seu familiar que você participa?
-

APÊNDICE H

FOLHETOS



Anexo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E FAMILIARES.

Pesquisador: Erika Regina de Oliveira Colato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73831123.8.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.424.477

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2200325.pdf de 02/09/2023) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto_Detalhado.pdf de 02/09/2023): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

Resumo:

Este projeto de pesquisa tem o objetivo de analisar a perspectiva dos usuários e familiares sobre suas participações no Projeto Terapêutico Singular PTS dos CAPS. Além de identificar os desafios na construção dos PTS, identificar os desafios na implementação dos PTS e identificar o que seria um PTS exitoso, sob a ótica dos usuários e familiares. Será desenvolvido na região sudeste do Brasil, interior do estado de São Paulo, no município de Campinas. Os participantes deverão respeitar os seguintes critérios de inclusão para participação da pesquisa: Ser familiar ou usuário de CAPS de diferentes modalidades, há pelo menos 6 meses; ter mais de 18 anos de idade e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos da pesquisa participantes em crise. Serão utilizadas as seguintes metodologias de coleta de dados com os participantes: formulário de caracterização dos participantes, grupos focais e técnicas de metodologias criativas com fotografias. Os grupos focais serão realizados no CAPS que os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.424.477

participantes frequentam, ou em um outro próximo, se assim preferirem. Serão desenvolvidos dois grupos distintos, grupos de familiares e grupos de usuários. Para o grupo de familiares, será necessário um encontro e para o grupo de usuários serão necessários dois encontros, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. Em ambos os grupos, inicialmente o TCLE será apresentado aos participantes e após a ciência declarada, uma cópia do documento assinado pelo participante e pelo pesquisador será entregue ao participante. Em seguida, será solicitado que os participantes preencham o formulário de caracterização de participantes. Posteriormente, os grupos serão desenvolvidos seguindo a metodologia do grupo focal direcionado por um roteiro de questões disparadoras. O grupo de usuários será convidado a participar de um segundo encontro, com apresentação de fotografias trazidas por eles com imagens de aspectos que consideram importante em seus PTS (atividades, desejos, objetos, lugares). Para estes participantes será apresentado o Termo de Autorização do Uso de Imagens e após ciência declarada será entregue uma cópia assinada pelo participante e pesquisador ao participante. Os participantes poderão a qualquer momento interromper sua participação na pesquisa. Durante os encontros áudios serão gravados e os dados serão armazenados para transcrição posterior. O armazenamento dos áudios e das fotografias será feito em um dispositivo externo, sem conexão com a Internet, em ambiente seguro na residência da pesquisadora, pelo prazo de 8 anos, ao final deste prazo os arquivos serão apagados. Os dados obtidos nos grupos focais e o conteúdo das narrativas produzidas no encontro destinado à apresentação destas imagens serão analisados por meio da análise temática, uma técnica de análise das comunicações, dos discursos, a partir da leitura do material, que pressupõe encontrar os núcleos de sentido e temas, que estão contidos nas comunicações (BARDIN, 2016). Nesta etapa poderá ser utilizado um softwares para análise textual como o IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013). O estudo aqui desenvolvido servirá de base para elaboração da tese e artigos publicados em periódicos científicos da área e a pesquisadora se disponibilizará a dar uma devolutiva dos achados aos serviços e participantes da pesquisa.

Hipótese:

Esta pesquisa busca compreender qual a relação entre perspectiva dos familiares e usuários de serviços de saúde mental sobre sua participação no projeto terapêutico singular desenvolvido no CAPS e a sua participação efetiva. Hipotetizamos que suas participações não contemplem integralmente o que é teoricamente e politicamente idealizado para o Projeto Terapêutico Singular.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.424.477

Metodologia Proposta:

Esta pesquisa se apresenta como qualitativa, exploratória e será desenvolvida em campo. Serão convidados familiares e usuários vinculados aos CAPS de Campinas, interior de São Paulo, que atendam aos critérios de inclusão e exclusão, assim serão excluídos CAPS que atendem menores de 18 anos. Para a coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: formulário de caracterização dos participantes, grupos focais e fotografias. O formulário caracterizará os participantes quanto a idade, gênero, escolaridade, condições socioeconômicas, acesso à saúde, trabalho, cultura e esporte, tempo que frequenta o CAPS e atividades propostas pelo serviço para articulação do PTS no território. Será utilizado um roteiro de questões disparadoras nos grupos focais, que deve possuir de 6 a 8 participantes, com duração de 1 hora e 30 minutos. Um projeto piloto será desenvolvido em CAPS de outra localidade com objetivo de verificar a compreensão e possíveis limitações que o roteiro de perguntas possa conter a fim de adequá-lo. Serão desenvolvidos grupos focais distintos, um composto por familiares e outro por usuários dos serviços. Para o grupo de familiares um encontro será suficiente para o desenvolvimento do grupo focal. Entretanto, com grupo de usuários serão utilizadas metodologias criativas (fotografias) como um recurso complementar de coleta de dados, por isso serão necessários dois encontros. Caso os participantes não tenham acesso a câmera fotográfica para esta etapa, a pesquisadora ofertará câmeras digitais durante o período da pesquisa, a fim de viabilizar sua participação. Após autorização dos serviços e do CEP a pesquisadora entrará em contato com os representantes dos CAPS os convidando a participarem da pesquisa. Aos que aceitarem será discutida a viabilidade do grupo focal ser realizado no CAPS. Será solicitado que o serviço divulgue um folheto convite aos usuários e familiares em potencial. Neste folheto constará os contatos da pesquisadora, para eventuais dúvidas e/ou confirmação de interesse. Caso o possível participante prefira disponibilizar seu telefone para que a pesquisadora entre em contato, assim será feito. A pesquisadora também se disponibilizará a permanecer no CAPS, em dia agendado, para uma reunião com os potenciais participantes para elucidação das dúvidas e confirmação dos interessados. O Grupo de familiares será desenvolvido em um encontro, inicialmente o TCLE será apresentado aos participantes e após a ciência declarada, uma cópia do documento assinado pelo participante e pelo pesquisador será entregue ao participante. Em seguida, será solicitado o preenchimento do formulário de caracterização. O grupo de familiares será desenvolvido seguindo a metodologia do grupo focal direcionado por um roteiro de questões disparadoras, a discussão será orientada e mediada pela pesquisadora e contará com o auxílio de uma relatora de pesquisa. O grupo de usuários será desenvolvido em dois encontros, o primeiro seguirá os mesmos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.424.477

procedimentos do grupo de familiares. Entretanto, os participantes deste grupo serão convidados a um segundo encontro onde trarão fotografias relacionadas as suas experiências com seus projetos de cuidado, imagens de aspectos que considerem importantes e devem ser considerados em seus PTS (atividades, desejos, objetos, lugares) e a partir da apresentação destas imagens o grupo discutirá o tema da pesquisa. No segundo encontro, será apresentado o Termo de Autorização do Uso de Imagem aos participantes e após ciência declarada será entregue uma cópia assinada pelo participante e pesquisador ao participante. Estes poderão a qualquer momento interromper sua participação na pesquisa. Durante os encontros, áudios serão gravados e os dados serão armazenados para transcrição. O armazenamento dos dados será feito em um dispositivo externo, sem conexão com a Internet, em ambiente seguro na residência da pesquisadora, pelo prazo de 8 anos, ao final deste prazo serão apagados.

Critério de Inclusão:

Ser familiar ou usuário de CAPS de diferentes modalidades, há pelo menos 6 meses; Adultos a partir de 18 anos de idade; O participante deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão:

Participantes em crise; Outros critérios de inclusão e de exclusão poderão ser elaborados a partir do encontro com os serviços onde serão realizados os procedimentos metodológicos de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a perspectiva dos usuários e familiares sobre suas participações no PTS nos CAPS.

Objetivo Secundário:

Identificar os desafios na construção dos PTS, sob a ótica dos usuários e familiares; Identificar os desafios na implementação dos PTS, sob a ótica dos usuários e familiares; Identificar a perspectiva dos usuários e familiares do que seria um PTS exitoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.424.477

opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem o seu projeto de cuidado organizado nos CAPS, e também constrangimento, pelo fato da pesquisadora ser profissional atuante em CAPS. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nos grupos, a liberdade de não responder perguntas quando as considerarem constrangedoras, podendo interromper sua participação a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso da não continuidade do participante por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo, acolhê-lo e encaminhá-lo para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Benefícios:

A colaboração dos participantes nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Saúde Mental e Coletiva, para a construção de novos conhecimentos com a valorização da perspectiva dos usuários e familiares sobre ações, práticas e projetos de cuidado desenvolvido nos CAPS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após verificação e análise da documentação enviada, não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.424.477

Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2200325.pdf	02/09/2023 10:41:56		Aceito
Outros	Autorizacao_CAPS.pdf	02/09/2023 09:15:26	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
Outros	Autorizacao_CAPS_Piloto.pdf	02/09/2023 09:15:06	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_imagem.pdf	02/09/2023 09:03:57	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	02/09/2023 09:00:40	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_usuarios.pdf	02/09/2023 08:56:43	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_familiares.pdf	02/09/2023 08:55:21	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	02/09/2023 08:55:08	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/09/2023 08:49:18	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinado.pdf	02/09/2023 08:48:15	Erika Regina de Oliveira Colato	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



Continuação do Parecer: 6.424.477

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 11 de Outubro de 2023

Assinado por:
Sonia Regina Zerbetto
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br