

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

**TAINÁ CECCON DE GODOY**

**A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A  
PARTIR DO CAPS**

**CURITIBA - PR**

**2024**

**TAINÁ CECCON DE GODOY**

**A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A  
PARTIR DO CAPS**

Trabalho de Conclusão de Residência,  
apresentado ao Programa de Residência  
em Saúde Mental da Escola de Saúde  
Pública do Paraná/Secretaria de Estado da  
Saúde como requisito parcial para a  
obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Ana Paula  
Müller de Andrade

CURITIBA - PR

**2024**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Curitiba, 26 de janeiro de 2024

O trabalho intitulado **A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO CAPS** de autoria da aluna **TAINÁ CECCON DE GODOY** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado \_\_\_\_\_ no Programa de Residência em Saúde Mental.

---

**Profa. Dra.** Ana Paula Müller de Andrade  
Orientadora do TCR/PI

---

**Prof. Dr.** Altieres Frei Edemar  
Avaliador da Instituição

---

**Profa. Dtnda.** Fabíola Ferreira de Souza  
Avaliadora Externa

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>11</b>
<b>4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS .....</b>	<b>15</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>18</b>
<b>5.1 O território e suas tensões.....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 A cartilha: uma proposta para a produção da intersectorialidade.....</b>	<b>20</b>
<b>5.3 Psicologização das questões sociais.....</b>	<b>26</b>
<b>5.4 Processos de trabalho e seus percalços.....</b>	<b>31</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo contribuir para o fortalecimento da intersetorialidade como uma estratégia de cuidado para usuárias/os de um CAPS. A partir de uma pesquisa ação com quatro profissionais, buscou incentivar a articulação e o compartilhamento do cuidado, com contiguidade, entre os serviços da rede de saúde e da rede socioassistencial do município onde o CAPS estava situado. A análise dos dados apontou para quatro categorias temáticas: a) “O território e suas tensões”, onde são discutidos aspectos relacionados a construção dos territórios e como podem eles ser inclusivos ou segregadores; b) “A cartilha: uma proposta para a produção da intersetorialidade”, nela detalhamos a elaboração do material que amparou o trabalho da pesquisa, seus propósitos e suas reverberações na produção de alguns projetos terapêuticos singulares de pessoas acompanhadas no CAPS; c) “Psicologização das questões sociais”, onde abordamos a supervalorização da psicologia e as limitações advindas daí ; d) “Processos de trabalho e seus percalços”, em que discorremos sobre o funcionamento da equipe e os reflexos de posturas profissionais no cuidado de usuários/as. Concluimos, por fim, que as ações intersetoriais necessitam de uma mobilização dos/as profissionais de saúde mental e também dos/as profissionais de outros setores para que haja uma mudança sociocultural no entendimento da loucura e de seu pertencimento a diferentes territórios. Reconhecemos a importância do aprimoramento das ações intersetoriais, do cuidado compartilhado, do conhecimento do território e sua consideração no acompanhamento da/o usuária/o nos serviços.

## 1 INTRODUÇÃO

Os “loucos” e os “leprosos” foram os primeiros indivíduos rotulados como doentes na Idade Média e, por isso, foram segregados dentro dos hospitais, estabelecendo assim o modelo de exclusão. Como apresentado por Ornellas (1998), Foucault reconheceu o hospital como lugar disciplinador, criticando a premissa de que ele teria uma função terapêutica e que teria sido somente por volta do século XVIII que teve início o modelo hospitalar com cuidado assistencial.

A loucura, que em um primeiro momento era entendida como mágica e religiosa, passa a ser objeto de um campo específico, qual seja, a psiquiatria. A loucura é, então, reduzida à doença e entendida como objeto de intervenção médica. A loucura, portanto, é tomada como alienação da razão justificando as ações de confinamento e segregação difundidas nos últimos séculos (GODOY E BOSI, 2007).

Por volta do século XIX a internação era a resposta para qualquer indivíduo que incomodasse de alguma forma a sociedade, como mulheres que haviam iniciado a vida sexual, crianças órfãs, pessoas em situação de rua, população LGBTQIA+, entre outros. Nesse sentido, a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, traz um marco na história a respeito das questões sanitárias, pois inicia-se o processo de isolamento dos “loucos” e afastamento da comunidade aqueles que incomodavam, com o intuito de uma higienização social (OLIVEIRA ET AL, 2019).

O isolamento é a característica mais marcante da psiquiatria clássica, acarretando o estigma no manejo da loucura pelas intervenções psiquiátricas. Para os/as “loucos/as” são propostas ações violentas, segregações diversas, reclusão social, dignidade humana violada, além de ser visto como perigoso/a e incapaz (GODOY E BOSI, 2007).

Como se a segregação desumana imposta pela psiquiatria clássica já não fosse suficiente, na década de 60, iniciou-se as privatizações dos hospitais psiquiátricos brasileiros e, com isso, começou a superlotação, com condições mais cruéis ainda, pois os proprietários recebiam subsídio do governo e favorecimento de políticos mantendo, assim, internamentos desnecessários e condições precárias de “tratamento” (AMANCIO E ELIA, 2017).

Impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e por influência da Reforma Psiquiátrica ocorrida na Itália e em outros países, no final dos anos 70, trabalhadoras/es que atuavam em cenário de descaso, violência e que buscavam condições melhores de trabalho, iniciaram um movimento de crítica e reflexão sobre as formas de cuidado em saúde ofertadas no país. Surgiu, nessa época, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), direcionando os primeiros passos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (OLIVEIRA ET AL., 2019).

Em 1979, em uma visita ao Brasil, no Hospital Colônia em Barbacena, Franco Basaglia, precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, faz comparações do mesmo aos campos de concentração nazista, com a crítica de que o local que deveria ser para tratamento era, na verdade, um local de extermínio. Basaglia defendeu a proposta de olhar para o indivíduo de forma integral, com um direcionamento para a construção de espaços sociais como projetos culturais e cooperativas como forma de cuidado em comunidade (OLIVEIRA ET AL., 2019).

Nos anos de 1980 devido a crise financeira da previdência social, propõe-se a reformulação da assistência médica e da saúde, que na época eram atreladas à previdência social. Com isso, militantes do MTSM participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual revolucionou a participação da sociedade na construção de políticas públicas, trazendo mudanças significativas que refletem até os dias atuais (AMARANTE E NUNES, 2018).

Em 1988, com os movimentos em prol da saúde e com a promulgação da Constituição Federal, a criação do SUS surge em diferentes iniciativas. Com um novo modelo de atendimento às/aos usuárias/os de saúde mental, traz novas possibilidades de cuidado, enfatizando o atendimento psicossocial na comunidade ao invés do afastamento em hospitais psiquiátricos. (OLIVEIRA ET AL., 2019)

Desde sua implementação, o SUS recorre a diversas ações para tentar suprir as necessidades de saúde da população. Uma dessas ações é a divisão por distritos sanitários, que é entendido como a menor unidade operacional e administrativa capaz de resolver as questões de saúde, desde o nível primário até o terciário levando em conta os critérios populacionais daquela região, podendo dividir um município em vários distritos ou juntar municípios pequenos para formar um distrito (BLEICHER E

BLEICHER, 2016). Neste trabalho, adotamos essa ideia de distrito sanitário para pensar a intersectorialidade e a territorialização das ações.

Nessa conjuntura, com a reorganização do sistema de saúde no país, se intensificaram os movimentos sociais e as discussões nas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, surgindo portarias e resoluções do Ministério da Saúde. Todo esse processo resultou em uma maior consistência da Reforma Psiquiátrica que teve como um dos seus desfechos a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial, doravante CAPS, em vários municípios do país (OLIVEIRA ET AL., 2019).

Foi através de um processo social complexo entre os campos da saúde coletiva e da saúde mental, com uma variedade de discussões e práticas inter-relacionadas que se fundamentou o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, trazendo novos olhares a respeito da loucura e suas abordagens (GODOY E BOSI, 2007).

Nos anos 2000, a Reforma Psiquiátrica Brasileira deixou de ser uma proposta alternativa e se consolidou como um marco legal, através da Política Nacional de Saúde Mental – instituída pela Lei 10216/2001- influenciando o campo social, jurídico e educacional. Essa rede de cuidado tem substituído de forma progressiva o modelo hospitalocêntrico e manicomial - de aspectos excludentes e opressivos. Tem construído, portanto, um modelo de assistência baseado pelos princípios elementares do SUS, tais como a universalidade, a equidade e a integralidade (BEZERRA JR, 2007).

Em 2002, foi aprovada a Portaria 336, regulamentando o funcionamento dos CAPS, como um serviço ambulatorial de atenção diária com funcionamento segundo a lógica do território. Estabelece também que:

Os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, cumprindo a mesma função no atendimento público em saúde mental (BRASIL, 2002).

O CAPS é entendido, portanto, como um equipamento de porta-aberta e comunitário, que deve acolher indivíduos que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes em determinado território. Tem o intuito de prestar cuidados clínicos e auxiliar na reabilitação psicossocial, além de evitar a internação e favorecer a inclusão social das/os usuárias/os e seus familiares. Também é responsabilidade do CAPS ordenar a demanda e a rede de saúde mental do território onde está inserido e



capacitar profissionais de outros estabelecimentos como Unidades de Saúde e hospitais (RAMMINGER E BRITO, 2011).

Transcorridos dez anos da Portaria 336, em 2011, foi aprovada a Portaria 3088, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, doravante RAPS:

Cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, percebemos o papel fundamental dos CAPS na construção de possibilidades intersetoriais no território, na comunidade e de aproximação com movimentos sociais e grupos de diversidade cultural. Além disso, a intersetorialidade parece ser uma pista importante a fim de evitar respostas protocolares pouco eficazes. Na luta por uma sociedade sem manicômios e no entendimento de que o cuidado precisa ser onde a vida acontece, é fundamental para o campo da atenção psicossocial conhecer os recursos disponíveis dos territórios e o acesso a eles, levando em conta as características populacionais (AMARANTE E NUNES, 2018; MALACHIAS E BALAN, 2021).

Entendemos que o território é resultado dos processos sociais e políticos que emergem a partir dos indivíduos nele inseridos, carregados de expressões e manifestações. Ter conhecimento do território é saber de sua organização, articulação e sobrevivência dos indivíduos que por ali circulam. Onde e como são suas moradias, trabalho, renda, alimentação, rede de apoio, acessos aos serviços e recursos disponíveis. Nesse sentido, é necessário que os CAPS tenham conhecimento do território onde se situam, principalmente para a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (MALACHIAS E BALAN, 2021).

A atual política de saúde mental brasileira é uma política que surge com base na desinstitucionalização, que busca estratégias de cuidado como alternativas à internação psiquiátrica. Portanto, a rede de cuidado em saúde mental tem como proposta os serviços substitutivos a serem construídos no território, fazendo um resgate da vida do sujeito. Assim, os serviços substitutivos e a desinstitucionalização são aspectos de

suma importância para a produção de maneiras respeitadas de cuidar (FEUERWERKER, BERTUSSI E MERHY, 2016).

Pensar em serviços comunitários é ir de encontro com o modelo ainda presente no cuidado baseado na remissão dos sintomas, fragmentação do indivíduo, distanciamento e hierarquia entre profissionais e usuárias/os, todos reforçados pelo modelo biomédico. Sendo assim, o cuidado precisa ser construído a partir da articulação de diferentes profissionais e setores para se aproximar de um cuidado mais integral (OLIVEIRA, FABRICI E SANTOS, 2018).

Na trajetória da residência, meu primeiro campo de prática foi o CAPS II de Pinhais, onde passei em torno de dois meses e, ainda que de forma precária, pude me integrar com a equipe e me aproximar de sua forma de trabalho. Nesse período, percebi a necessidade de ampliar o contato com outros serviços e outros setores que não fossem os da saúde, podendo aumentar as possibilidades de cuidado das/os usuárias/os e gerar um cuidado compartilhado, para que a responsabilidade do cuidado não fosse apenas do CAPS.

Ademais, pude observar o fato de diversas/os usuárias/os precisarem retornar para o serviço após a alta por terem seus sintomas agravados novamente, visto que não estavam vinculados a nenhum outro equipamento do território, ou estavam aguardando vaga para atendimento ambulatorial de psicologia. Da mesma forma, na elaboração dos PTS que pude acompanhar direta ou indiretamente, o território onde a/o usuária/o estava inserida/o era pouco considerado, dificultando, então, a reabilitação psicossocial e a inclusão social. Outrossim, percebi resquícios do modelo manicomial, presentes nos serviços de desinstitucionalização, bem como a reprodução do modelo biomédico centrado apenas na remissão dos sintomas.

Nesse sentido, tendo em conta que a residência multiprofissional em saúde mental da Escola de Saúde Pública do Paraná em parceria com a SESA/PR tem o intuito de contribuir com reflexões e possíveis mudanças na RAPS do município de Pinhais, e que as ações intersetoriais contribuem para a apreensão dos sujeitos de forma singular e integral, em sua complexidade, potencialidades e fragilidades, para além de seus sintomas, produzimos essa pesquisa ação. Como discutiremos, reconhecemos a importância do aprimoramento das ações intersetoriais, do cuidado compartilhado, do

conhecimento do território e da sua consideração no acompanhamento da/o usuária/o nos serviços.

## **2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS.**

Objetivo Geral:

- Contribuir para o fortalecimento da intersetorialidade como uma estratégia de cuidado para usuárias/os do CAPS regional I em Pinhais.

Objetivos específicos:

- Realizar o mapeamento dos serviços das secretarias de educação, assistência e esporte, cultura e lazer ofertados pelo município de Pinhais a partir de zonas territoriais.
- Propor a articulação no compartilhamento do cuidado, com contiguidade, entre os serviços da rede de saúde e da rede socioassistencial do município de Pinhais, a partir do CAPS.

## **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 emergiu no país significativos avanços relacionados à Seguridade Social, estabelecendo um modelo de proteção social o qual, até então, não era previsto na legislação. Em consequência disso, o estado brasileiro, ao adotar a Seguridade Social, promoveu políticas públicas de saúde, assistência social e previdência social (CARMO E GUIZARDI, 2017).

Nesse sentido, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o Ministério da Saúde editou diversas portarias no intuito de alterar os rendimentos das internações psiquiátricas com o objetivo de diminuir o tempo de estadia das/os usuárias/os nas internações, além de criar outros serviços para o cuidado em saúde mental dando origem a Política Nacional de Saúde Mental (LUZIO E YASUI, 2010).

Tais serviços inserem em suas ações todos os graus de complexidade, o que é chamado atualmente de rede de saúde mental, a qual não é apenas o desfecho de um único modelo teórico e assistencial e, sim, uma junção de diferentes modelos e lutas

(ZAMBENEDETTI, 2008). Entretanto, suas implementações de forma articulada e intersetorial ainda são desafios a serem enfrentados, visto que não se concretizam, mesmo sendo a proposta que marca a Seguridade Social (CARMO E GUIZARDI, 2017).

A configuração das políticas públicas brasileiras tem por característica a setorialização e fragmentação e são, em geral, elaboradas para serem implementadas de forma isolada, sem planejamentos prévios para possíveis articulações (CUSTÓDIO, 2015). Além de apresentarem soluções de forma fragmentada, não consideram o indivíduo em sua integralidade, deixando de lado outras políticas que também buscam qualidade de vida para as/os usuárias/os (JUNQUEIRA, 2000).

Uma das consequências da setorialização que tem sido observada ao longo do tempo é a exposição dos indivíduos a paralelismo de intervenções, duplicidades de cadastros e procedimentos para acesso aos serviços. Assim, a intersetorialidade pode ser também uma estratégia de gestão pública como resposta à setorialização e fragmentação, buscando um olhar mais integral para o indivíduo, contribuindo inclusive para a melhora da qualidade de vida do mesmo (CUSTÓDIO, 2015).

Entendemos que há a necessidade, portanto, de superar a ideia de um cuidado fragmentado com intervenções especializadas e a produção de ações a partir do matriciamento e da integração no território, principalmente ante demandas complexas que necessitam da ampliação do cuidado e da proteção social para resultados mais efetivos. Além disso, tais demandas requerem estratégias interdisciplinares entre as políticas sociais (BONALUME, 2011).

Assim, ante a ineficácia de políticas setorializadas, a intersetorialidade passou a ser valorizada e percebida como saída para a efetividade das políticas públicas. Com o reconhecimento da intersetorialidade como necessária nas políticas de saúde, emergiu a articulação dos saberes profissionais, além de ganhos para a população e para os próprios serviços (NASCIMENTO, 2010). Entretanto, a intersetorialidade se mostra como um desafio permanente às gestões municipais, estaduais e federal, mesmo havendo maior racionalidade dos recursos, compartilhamento das responsabilidades e atribuições dos serviços (CUSTÓDIO, 2015).

A consolidação da intersetorialidade por meio da articulação da saúde mental e cultura, por exemplo, pode ser um potencial para a construção de vínculos com outros grupos sociais e para a obtenção de novos espaços para a loucura na sociedade. Os serviços e políticas públicas que se baseiam na atenção psicossocial devem ter como prioridade a intersetorialidade na elaboração de projetos de saúde, tornando os indivíduos ativos na produção de saúde (SEVERO, 2011).

Apesar de haver diversos modelos de assistência dos serviços em saúde, entendemos que o cuidado se concretiza com o protagonismo de cada sujeito, no encontro entre serviços, profissionais e usuáries/os. Ao pensar no cuidado em saúde é importante o reconhecimento de cada um/uma na produção do cuidado, pois o que caracteriza o modelo técnico assistencial não são as normas em si e, sim, os profissionais de saúde em sua atuação (MERHY E FRANCO, 1997).

Nesse sentido, as reflexões sobre as tecnologias de trabalho são importantes para a análise sobre as diferentes possibilidades de produção do cuidado em saúde mental, com enfoque para as potencialidades do cuidado a partir da escuta e criação de vínculos. Segundo Merhy e Franco (1997) as tecnologias de trabalho podem ser divididas em três tipologias, sendo elas: “tecnologias duras” que são centradas em instrumentos e máquinas, as “tecnologias leve-duras” que são o conhecimento técnico e, por fim, as “tecnologias leves” que são as relações.

Na produção de cuidado há sempre as três tecnologias atuando, mas ainda é muito presente o predomínio das tecnologias duras, seguindo o modelo médico, sobre as tecnologias leves, que sugerem a centralidade no usuário e suas necessidades de forma singular. Nesse sentido, é necessária a mudança no modelo assistencial, a qual está diretamente ligada ao núcleo do cuidado, tendo em vista uma hegemonia do trabalho morto em relação ao trabalho vivo (MERHY E FRANCO 2003).

Pode-se dizer que as linhas de cuidado disponíveis são produzidas a partir dos projetos terapêuticos os quais necessitam de recursos para a assistência às/aos usuáries/os, resultando, então, no choque entre as necessidades e as intencionalidades das/os profissionais, emergindo a integralidade na saúde (MERHY E FRANCO, 2003).

A definição de integralidade está diretamente ligada à integração dos serviços, compreendendo a interdependência e elucidando a percepção de que nenhum

equipamento dispõe da completude de recursos e competências necessários para solucionar todas as questões de um indivíduo ou grupo. Assim, é de suma importância propor estratégias de cooperação para responder às demandas dos indivíduos a partir de ações intersetoriais, com intuito de concretizar a ideia de um “sistema sem muros”, derrubando as barreiras de acesso entre os níveis de atenção e cuidado (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Uma das estratégias para a efetivação da integralidade são os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é entendido como um composto de propostas e procedimentos terapêuticos para um indivíduo ou grupo, como resultado de uma discussão de uma equipe multidisciplinar, com suporte de matriciamento, quando necessário. Usualmente é aplicado em casos mais complexos. É bastante usado no campo da saúde mental como meio de possibilitar uma ação mais articulada da equipe, abrindo espaço para outros olhares para além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação (BRASIL, 2007).

Entretanto, sabe-se que a produção de cuidado que tem como base Projetos Terapêuticos centrados no saber médico diz respeito mais sobre a competência profissional do que no cuidado em si de um indivíduo com necessidades singulares. Um “modelo de cuidado” com essa característica olha para o usuário como simples objeto e tem como resultado Projetos Terapêuticos cada vez mais maçantes e sem compromissos efetivos com a produção de saúde (MERHY, 1999).

Entendemos ser necessário evitar cuidados centrados em procedimentos, resultado de PTS fragmentados, que significa, na prática, um acúmulo de procedimentos que mais descuidam do que cuidam e uma atuação de “profissionais centrados” e não “usuário centrado”. Os projetos terapêuticos, portanto, devem ser a intercessão dos atos em saúde e a consolidação do cuidado. (MERHY, 1999).

Assim, os serviços que tem como proposta a desinstitucionalização, devem ter como base a produção social do usuário em sua comunidade, ou seja, atender o sujeito no intuito de reconstruir sua vida e fortalecer os laços sociais. O cuidado em saúde mental deve ser complexo, envolvendo a família, a comunidade e os atores sociais no território onde vivem (SEVERO, 2011).

É notória a necessidade de um cuidado em rede, visto que um único equipamento de saúde não parece ser capaz de solucionar todas as demandas de um sujeito. Ao pensar nos determinantes sociais de saúde, por exemplo, sabe-se que é necessário a articulação com outros serviços e outras secretarias (ESLABÃO et al, 2017). Pode-se considerar as redes como uma linguagem de vínculos das relações sociais dos sujeitos envolvidos a partir de suas realidades, visando superar problemas sociais. As redes são construídas por indivíduos sociais e autônomos que se relacionam entre si (JUNQUEIRA, 2000).

No contexto das redes de saúde, cada equipamento tem seu escopo de demandas e responsabilidades. Quando um serviço avalia que determinada demanda não é sua, é importante que encaminhe e acompanhe. Da mesma forma, quando percebe que há mais demandas do que possam responder, é necessário que compartilhe o cuidado, preservando, assim, os princípios de integralidade, descentralização e intersetorialidade previstos pelo SUS (ESLABÃO et al, 2017).

A produção de ações intersetoriais requer uma ideia de parceria e exige conhecimento dos outros serviços e das demandas que enfrentam juntos. Além disso, exige a habilidade de administrar ações coletivas, unir aspirações e estratégias para lidar com o problema em comum. A intersetorialidade, portanto, pode ser uma via de articulação entre os saberes e as ações, no intuito de trazer resultados mais eficazes em situações mais complexas, colaborar na diminuição das desigualdades e auxiliar no bem-estar social. Entretanto, essas ações implicam em entender as necessidades socioculturais dos indivíduos que serão afetados com essas articulações (BONALUME, 2011).

#### **4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

Foi realizada uma pesquisa-ação, entendida como uma pesquisa social que, de forma empírica, busca uma aproximação entre pesquisadora, objeto pesquisado e demais envolvidos, de modo cooperativo e participativo. A pesquisa-ação, portanto, necessita de uma relação dos sujeitos envolvidos de forma participativa (THIOLLENT, 2022).

A pesquisa-ação se torna viável quando pesquisadoras/es não buscam pesquisas convencionais com óticas apenas acadêmicas e burocráticas com levantamento de dados e arquivos engavetados. Buscam, assim, pesquisar junto aos indivíduos envolvidos o que eles têm a “dizer” e “fazer” a respeito do problema levantado. Nesse tipo de pesquisa, as/os pesquisadoras/es têm um papel ativo na solução dos problemas, no acompanhamento e nas ações realizadas (THIOLLENT, 2022).

Assim, esta pesquisa ação foi realizada em um CAPS e iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador, sob o parecer nº 6.247.743. No primeiro momento, foi realizado o levantamento dos serviços ofertados pelas secretarias de educação, de assistência social e de cultura, esporte e lazer, por meio de consulta no site da prefeitura, materiais informativos impressos disponibilizados nos serviços e, também, via solicitação por e-mail à coordenação dos mesmos.

A partir dos dados coletados, foi construído um mapeamento dos serviços buscando referenciar os mesmos geograficamente. Para tanto, foi realizada a divisão em quatro áreas, seguindo a mesma lógica da divisão de zonas territoriais do município pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), qual seja, CRAS leste, CRAS oeste, CRAS norte e CRAS sul. Vale destacar que as zonas territoriais seguem a lógica dos distritos sanitários, apresentados anteriormente.

Assim, elencou-se as informações dos serviços das respectivas zonas territoriais. As informações coletadas e agrupadas foram utilizadas para a elaboração de um material informativo - inicialmente em formato de folder e, no decorrer da pesquisa, em formato de cartilha- com o mapeamento dos serviços, com os serviços disponíveis no município das secretarias supracitadas separados por região (ANEXO 1). Após a elaboração digital, o material foi impresso e utilizado durante a pesquisa.

Já no segundo momento, foi realizada a apresentação da pesquisa e feito o convite para participação junto às profissionais<sup>1</sup>, presencialmente, em reunião de equipe, mediante leitura e assinatura do TCLE por aquelas que aceitaram participar. Logo após, a cartilha elaborada pela pesquisadora foi apresentada às profissionais e

---

<sup>1</sup> Destaca-se que não foram mencionadas as categorias profissionais das participantes da pesquisa devido ao risco de perda de anonimato. De forma de assegurar o sigilo, utilizou-se codificação alfa-numérica.



feita a discussão da mesma como subsídio para a construção do PTS de alguns/algumas usuárias/os acompanhadas/os pelas profissionais. Além da apresentação do material construído, sucedeu-se a realização de entrevistas e aplicação do questionário (ANEXO 3) com as profissionais do CAPS.

Ainda em relação ao trabalho junto às profissionais, foram realizados encontros individuais para discussão sobre a possibilidade da inserção de usuárias/os em outros serviços. Os encontros também visaram acompanhar os combinados realizados durante a produção dos PTS e, assim, avaliar a contribuição da pesquisa e os desafios para inserção das/os usuárias/os em serviços de outras políticas públicas.

Foram realizados seis encontros com cada profissional para a escuta e devolutiva das profissionais sobre a produção e execução dos PTS. Os encontros ocorreram de forma semanal, com dia e horário previamente agendados. Um dos encontros foi coletivo para reflexão e discussão a respeito das dificuldades apresentadas pelas profissionais e possíveis mudanças nos processos de trabalho.

A partir das discussões produzidas coletivamente e das sugestões de possíveis mudanças bem como do que foi consensuado entre nós, a pesquisadora realizou um encontro com a gestão a fim de repensar os processos de trabalho e, mais especificamente, a agenda das profissionais. Ainda que não estivesse previsto na pesquisa, consideramos relevante o encontro com a gestora municipal para que pudessemos cumprir com os aspectos éticos e políticos da pesquisa.

O conteúdo de cada encontro foi registrado em diário de campo - escrito e gravado em áudio -, para posterior análise e discussão dos dados. A partir da análise temática proposta por Minayo, elencamos quatro categorias: O território e suas tensões; A cartilha: uma proposta para a produção da intersectorialidade; Psicologização das questões sociais; Processos de trabalho e seus percalços.

Esta pesquisa respeitou a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e seguiu os princípios éticos vigentes no Código de Ética da Psicologia.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **5.1 O território e suas tensões**

A intersetorialidade pode se apresentar como uma saída para a resolução de problemáticas a respeito de um grupo de indivíduos de determinado território. Tal perspectiva faz-se importante para alcançar uma compreensão integral das questões sociais e para as possíveis soluções. A intersetorialidade apresenta noções centrais como as de integração, de território e, principalmente, dos direitos sociais dos indivíduos. Segundo Junqueira (2000), pode ser considerada uma maneira tecnológica para lidar com os problemas sociais.

Ainda que seja uma proposição importante, durante a execução da pesquisa, em suas diferentes etapas, foi possível perceber a distribuição desigual de recursos das secretarias elencadas, que pareceu dificultar ações intersetoriais. Como mencionado na metodologia, a cartilha foi desenvolvida com abrangência do município todo e foi dividida em quatro regiões, de forma semelhante a divisão já existente pelos CRAS do município. Durante o desenvolvimento do material, evidenciamos que algumas áreas eram mais favorecidas em termos de recursos públicos do que outras, e que regiões mais centrais tendiam a ter mais serviços públicos.

O contraste mais evidente na cartilha apareceu entre as regiões representadas pelos círculos vermelho e amarelo, que representam a região 1 e a região 4, respectivamente. A região do círculo vermelho apresentou a maior concentração de serviços, sendo uma área que dispunha de mais comércios. É atravessada pelas principais avenidas do município e, conseqüentemente, onde está localizada a maior parte dos serviços das secretarias elencadas. Já a região do círculo amarelo é uma região mais afastada, boa parte dela é constituída por chácaras, pouco acesso à transporte coletivo e infraestrutura urbana, e aparentou ser uma região menos favorecida economicamente e, ainda que tenda a ter mais demandas, não havia serviços das secretarias elencadas.

Corroborando com o que Santos e Silveira (2001) elucidam, uma tendência do neoliberalismo é produzir a seletividade na distribuição geográfica dos provedores de bens e de serviços, que são conduzidos a buscar localizações mais favoráveis em

termos populacionais. Assim sendo, a disposição de forma desigual leva a dificuldade de acesso seja a bens ou serviços.

Observamos que este direcionamento produz a organização e distribuição de serviços de forma desigual, impondo barreiras de acesso para determinadas camadas populacionais. Destacamos que em uma mesma área, observamos dinâmicas de acesso distintas. Por exemplo, um dos bairros da região 4 possui um condomínio de casas chamado Alphaville, que é considerado um dos condomínios mais caros da região metropolitana de Curitiba, o que evidencia o contraste sociocultural e econômico entres os bairros dessa região, indicando para o fenômeno da “alphavillezação”. Segundo Mastrodi e Sala (2017) o termo “alphavillezação” é atribuído ao primeiro conjunto residencial fechado de alto padrão construído no país e firma o fenômeno no qual o espaço se torna um lugar de segregação de acordo com o crivo socioeconômico.

Ante tal fenômeno, cabe ao poder público realizar ações que visem a diminuição do déficit habitacional, integrando classes vulneráveis e promovendo direitos à cidade, moradia apropriada e mobilidade urbana. Quando isso não ocorre, há uma deturpação do que deveria ser a administração pública, visto que cabe também ao poder público buscar sanar as iniquidades (MASTRODI E SALA, 2017).

O Alphaville que compõem a região 4 faz divisa com dois bairros, Jardim Karla e Jardim Claudia. Segundo o Ipea (2010), o índice de vulnerabilidade socioeconômica (IVS) do Alphaville é de 00,42, enquanto o do bairro Jardim Karla é 0.359 e o do Jardim Cláudia é 0,299, sendo os mais altos do município.

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil, procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários (IPEA, 2015).

Portanto, o IVS é um importante indicador, principalmente para gestores, no sentido de orientar a formulação e execução de políticas públicas. Ao redor desse condomínio havia diversas ofertas de esporte e lazer particulares, mas no raio periférico dessas casas de alto padrão, o que é ofertado, pensando nas secretarias de esporte, cultura e lazer, assistência social e educação, é apenas um CRAS.

Nesse sentido, a corrente do neoliberalismo traz mudanças significativas no que diz respeito à ocupação do território, tornando-o mais seletivo e deixando à margem a população mais pobre e vulnerável. Dito isto, o que evidenciamos neste trabalho é a segregação da população menos favorecida da região supracitada (SANTOS E SILVERA, 2001).

No que se refere à saúde mental, a segregação se multiplica. O percurso sócio histórico da loucura, como já mencionado anteriormente, é constituído por processos de separação e exclusão. Assim, a luta por pertencimento no território nesses casos é intensificada, quando se consideram os marcadores sociais que atravessam o indivíduo, sejam eles, cor, raça, gênero, classe social, transtornos mentais e/ou deficiências, dentre outros.

Ante a complexidade do marcador social da saúde mental, a luta é constante para mudar o paradigma sociocultural. Segundo Souza (2018), para que se tenha uma inclusão efetiva do indivíduo em sofrimento psíquico em outros espaços, faz-se necessário o embate com a herança cultural que se fundamenta no discurso carregado de preconceito, o qual concebe indivíduos com transtornos mentais como perigosos e com necessidade de serem segregados. Portanto, desconstruir esse imaginário é, sobretudo, construir possibilidades mais ampliadas para a apreensão do fenômeno saúde - doença.

## **5.2 A cartilha: uma proposta para a produção da intersectorialidade**

Apesar das dificuldades e com toda a luta necessária para a sustentação da lógica antimanicomial, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma das políticas de saúde mental mais importantes do mundo. Também é considerado um movimento em prol dos direitos humanos com revoluções na forma de tratar e cuidar da loucura, além da participação social e política das/os usuárias/os (AMARANTE E NUNES, 2018).

Atualmente, é frequente a permanência dos indivíduos em sofrimento mental dentro das instituições que se propõe “abertas” como os CAPS mas que, em algumas experiências, acabam reproduzindo uma nova forma de institucionalização priorizando

protocolos, como o uso dos psicofármacos, consultas psiquiátricas e restrições a apenas atividades internas (AMARANTE E NUNES, 2018).

Nesse sentido, pensando em um cuidado para fora do CAPS, entendemos como relevante a elaboração de um material, aos moldes de uma cartilha, que trouxesse informações tanto para as profissionais quanto para os/as usuários/as que são acompanhados/as no CAPS. A proposta de elaboração da cartilha encontrou amparo na experiência da pesquisadora no CAPS durante a residência e parecia ser uma via de acesso para a produção da intersectorialidade.

A proposta previu, então, a elaboração e a apresentação da mesma para as profissionais que aceitassem participar da pesquisa. Assim, no primeiro encontro com cada profissional, quando foi realizada a entrevista, também foi explicado de forma mais detalhada a respeito da pesquisa. Além disso, nesse momento foi privilegiado o diálogo e a escuta das profissionais, com vistas a perceber se e como o instrumento criado se aproximava da necessidade delas e dos/as usuários/as. Assim, o material informativo, que inicialmente tinha o formato de um folder ganhou a forma de uma cartilha (ANEXO 1). Ou seja, um material um pouco maior e com mais informações.

Além disso, alguns aspectos apontados pelas profissionais quanto aos serviços apresentados na cartilha foram a dificuldade de alguns/mas usuários/as conseguirem se organizar com a agenda do serviço bem como que não haviam informações nas salas para ajudá-los/las e se localizarem no tempo.

Diante disso, a cartilha deixou de ser um material apenas informativo e passou a ter também outras funções. A primeira foi a de servir de auxílio para que as pessoas atendidas naquele serviço pudessem ter uma agenda de suas atividades no CAPS e atividades externas, tanto as atividades realizadas no dia-a-dia quanto as que seriam acordadas no PTS. Outro ponto de destaque foi colocar na cartilha explicações do que é um PTS, já que a sua produção se daria neste momento, para que as pessoas atendidas pudessem ser instrumentalizadas a respeito desse momento tão importante em seu acompanhamento no CAPS.

Vale destacar que o PTS é constituído de quatro momentos, são eles: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. O diagnóstico é o primeiro momento onde se faz uma avaliação geral e se identifica as

vulnerabilidades e potencialidades da/o usuária/o. O segundo momento, denominado como “definição de metas”, é o momento onde a equipe sugere propostas de curto, médio e longo prazo de acordo com os interesses do/a usuário/a. No terceiro momento é explicitado o papel e as tarefas de cada um para a conclusão das metas. E, por último, ocorre a reavaliação para discutir o caso novamente e realizar possíveis alterações e correções quando necessário (BRASIL, 2007).

Assim, além da informação sobre o que é um PTS, foi inserido um espaço para que o/a usuário/a pudessem colocar seu nome e outro espaço para escrever o nome da técnica de referência (TR), para que a cartilha pudesse se tornar algo mais pessoal e não apenas mais um pedaço de papel descartável.

No quarto, quinto e sexto encontro, duas profissionais conseguiram produzir o projeto para quatro pessoas. As demais profissionais não conseguiram aplicar devido a remarcação dos PTS e pelo fato de alguns usuários/as terem voltado a trabalhar e, por isso, não puderam comparecer aos atendimentos. Seguem fragmentos das conversas a respeito de duas aplicações que ajudam na discussão no argumento supramencionado:

P1: Do PTS. A gente fez a proposta do projeto com a Julia e com o Caio<sup>2</sup>. A Julia assim, ela é bem solícita, corresponde, mas em prática não atende tão bem.[...] Mas teve um avanço porque ela parece que se inscreveu num curso de informática, próximo da casa dela (Fragmento do DC, encontro 1).

P1: [...] E para de repente ela se inscrever no cursinho no início do ano que vem. Já fizemos alguns assim a médio prazo [em relação aos objetivos do PTS]. Se inscrever no cursinho para fazer o ENEM. Para fazer a profissão, ter a possibilidade de fazer a profissão em alguma faculdade. Pensando que ela tem possibilidades, e incentivando a busca de estágio (Fragmento do DC, encontro 1).

P1: [...] Porque, imagina, está prevendo um curso, né? Como é que ela vai treinar? Como é que ela vai se preparar? Fazer só com o celular? Perguntei se não era impossível, se ela tem essas possibilidades. [...] Daí, orientei o Centro da Juventude, porque o Centro da Juventude também disponibiliza os computadores lá. Então, daí ficou isso, de ver essa questão do Centro da Juventude (Fragmento do DC, encontro 1).

P2: Ontem eu apliquei um do Roberto, também é ex-usuário de substância psicoativa, né, álcool. E foi bem interessante, mas ele já é bem ativo. Mas ele e a esposa ficaram interessados em iniciarem uma

---

<sup>2</sup> Os nomes utilizados para se referir às/os usuárias/os são nomes fictícios, a fim de preservar o anonimato.

atividade física? E daí eu falei que iria fazer o retorno em 30 dias (Fragmento DC, encontro 5).

P2: [...] Então, a gente fez o PTS normal. E daí, no final, tanto ele saiu com os combinados que a gente coloca aqui no sistema, como eu coloquei aqui também e fiz a agenda pra ele.. Do que ele faz na segunda. [...] Terça-feira ele vem para as oficinas aqui. A gente combinou dele começar uma atividade física de baixo impacto porque ele tem um problema na perna. O objetivo é, a curto prazo, iniciar nas oficinas terapêuticas, porque até então ele não vinha porque ele não tinha isenção [do transporte coletivo], agora ele já tem isenção. Iniciar uma atividade física, que a gente combinou dele procurar. Manter a prescrição atual, iniciar atividades no Centro Cultural. No final, quando ele viu do Centro Cultural, ele falou, 'nossa, tem violão e violino'. Eu falei, 'então, a curto prazo, pra você ir lá pelo menos, você ver como que funciona'. Agora é final de ano, talvez não tenha, mas.... (Fragmento DC, encontro 5).

P2: E daí expliquei direitinho, né? Dos serviços todos. Ele é a bolinha vermelha, eu falei, olha, aqui tem a bolinha vermelha, só o centro da juventude você não entra, você já passou e do idoso você não chegou ainda, né? E daí ele ficou bem interessado e a esposa também na atividade física e quando ele leu violino... (Fragmento DC, encontro 5).

Para Saraceno (2001, p.96), o equipamento deve ser o conjunto de “lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis” que estão disponíveis a determinada população e a um determinado local geográfico. A comunidade onde está o serviço é, portanto, uma fonte inesgotável de recursos potenciais. Como mostram os fragmentos do diário campo mencionados, os PTS extrapolam o campo da saúde e podem se articular com outros setores.

Depois das combinações dos PTS, as profissionais agendaram, a princípio, com dois serviços da assistência social para levar os/as usuários/as. Em um dos serviços, segundo uma das profissionais, teve uma boa recepção, o local foi apresentado, ou seja, foi feito um acolhimento e uma ambiência. Entretanto, em outro serviço, houve a manifestação de preocupação quanto à estabilidade emocional das pessoas que participariam das atividades ofertadas e quais eram as condições delas. Segundo a profissional, as perguntas foram: “esses pacientes assim que você está trazendo são pacientes que já fizeram o tratamento, que já estão bem? Eles não têm mais nada? Eles têm alguma doença ainda? E qual que é o problema deles?”

Ao escutar essas falas, a profissional contou que explicou a diferença de doença para transtorno mental, dizendo: “São pessoas que em algum momento tiveram algum

prejuízo, algum mal-estar, que tem um sofrimento e que precisam de um suporte para superar o sofrimento que estão passando. E umas das estratégias é o suporte de apoio, de fortalecimento, de iniciativa, de autonomia, dos laços sociais. Por isso o [se referindo ao serviço] como uma das estratégias [de cuidado]”.

Quando se fala em ações intersetoriais, estamos falando de um trabalho em rede, ou seja, construir parcerias e relações horizontais entre os/as trabalhadores/as de diversos equipamentos presentes na comunidade para que se efetive um cuidado integral (DELFINE E NETO, 2012). Para tanto é importante levar as discussões de saúde mental para ocupar outros espaços, além dos serviços de saúde. No entanto, compreendendo que a reforma psiquiátrica é um processo social complexo, ainda percebe-se práticas e posturas orientadas pelo modelo biomédico e segregadoras.

Outra situação que ocorreu em outro serviço envolveu a profissional do CAPS. quando ela perguntou se os/as usuários/as poderiam passar por uma acolhida e se poderiam se inscrever para alguma atividade no serviço, a resposta foi que eles/as teriam que levar a documentação e conversar com outro profissional em outro momento. Além disso, ao perguntar sobre o cronograma das atividades, a resposta foi de que “o serviço tem só no drive e que eles sabem os horários das atividades lá e que eles não comunicam porque eles/as (usuários/as) precisam passar pela acolhida, e que é na acolhida que os/as profissionais falam as atividades que tem.”

Nos trechos elencados fica evidente como o preconceito com as pessoas que frequentam o CAPS ainda é muito forte e como a burocracia funciona como uma barreira de acesso importante. Ademais, mesmo com a instituição da Lei 10216/ 2001, que garante o direito das pessoas com transtorno mental, no cotidiano dos sujeitos essa garantia ainda está longe de se concretizar plenamente e favorecer o acesso livre a outros equipamentos, outras secretarias e a outros/as profissionais, que não sejam da saúde mental. Entendemos que a perspectiva manicomial ainda é muito presente, no sentido de que o “louco tem os lugares certos” a frequentar e que a cidade não o pertence. Segundo Saraceno (2001, p. 98) “O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos”.

Amarante (2021) refere que a compreensão da reforma psiquiátrica não se resume ao fechamento dos manicômios ou mesmo a criação de um novo modelo



assistencial. Trata-se, na verdade, do processo de produção de “novos lugares sociais” para as pessoas em sofrimento ou que possuem algum diagnóstico. É, sobretudo, ultrapassar a barreira do imaginário social do que é a loucura e de como lidar com ela. Para tanto, é importante estabelecer outros laços sociais para que ocorra uma mudança de paradigmas tanto sociais como culturais, a fim de desconstruir crenças e valores estigmatizantes e segregadores.

Assim, entendemos que é necessário repensar as estratégias e o olhar para a cidade como espaço de reabilitação psicossocial. A produção de saúde não deve estar baseada somente nas instituições sanitárias, psiquiátricas e/ou nas equipes multidisciplinares. Deve-se conhecer as potencialidades do lugar, as organizações e instituições do bairro, superar a lógica assistencialista e buscar recursos vivos daquela comunidade onde o indivíduo está inserido (AMARANTE E NUNES, 2018).

Nesse sentido, em contrapartida da primeira visita realizada pela profissional, em outro momento, o outro serviço elencado teve uma postura diferente ao receber os/as usuários/as do CAPS. A profissional tinha informação prévia que o serviço tinha uma abertura maior com a equipe do CAPS e, devido a isso, foi organizada uma visita conjunta com o CAPSi do município, ou seja, nessa visita foram profissionais e usuários/as do CAPS e também do CAPSi. Na chegada todos/as foram recepcionados pelo psicólogo, que apresentou as atividades, os programas e conversou com os/as usuários/as. Foi feito também um lanche com todos/as.

Um dos desfechos dessa visita foi que a Julia, uma das usuárias do CAPS, que participou da construção do PTS amparado na cartilha, participou da visita e se interessou pelas atividades lá ofertadas. Assim, a técnica de referência ficou de retomar os combinados com ela para realizar os trâmites necessários para sua inserção nesse outro equipamento.

Ressaltamos que a visita mencionada foi noticiada por um dos veículos midiáticos da prefeitura (ANEXO 2) possibilitando a divulgação de atividades realizadas por ambos os serviços, podendo contribuir também para mudança do imaginário social a respeito dos lugares de pertencimento das pessoas que também se utilizam do Caps.

Pudemos perceber a importância da ocupação de outros espaços que não seja o CAPS, outros lugares que possam gerar movimento, vida e sentido para os sujeitos. A

partir do momento que os/as usuários/as saem do CAPS eles/as não são mais, ou apenas, usuárias/os do CAPS mas, sim, pessoas da comunidade que estão frequentando outros espaços. Nos questionamos: Será que se aquelas pessoas que foram no primeiro serviço relatado tivessem ido com suas famílias ou sozinhos/as teriam sido abordados/das da mesma forma? Será que a recepção teria sido a mesma?

Segundo Santos et al. (2019) é nas cidades onde estão as memórias e identidades de seus habitantes. É nas cidades que se constrói as relações dos indivíduos rotulados como “loucos” e o território por onde andam. Refletir a respeito dessa relação faz com que se abram possibilidades de promoção em saúde pautadas no fortalecimento dos laços sociais.

### **5.3 Psicologização das questões sociais**

Pensar a respeito da Política Nacional de Saúde Mental na atual conjuntura é um desafio, uma vez que o modelo contemporâneo passou por mudanças de paradigmas sociais, históricos e políticos ao longo do tempo. Passou, não sem tensões, de uma prática punitiva e segregadora para uma concepção de sujeitos de direitos que são complexos, cada um em sua singularidade (LIMA et al, 2015).

Como percebemos na pesquisa, o acolhimento e o vínculo são fundamentais na relação entre usuário/a e trabalhador/a de saúde mental, e é essa relação que abre caminhos para a autonomia e a corresponsabilização do cuidado entre os envolvidos nesse processo. (JORGE, 2011) Durante um dos encontros, conversando a respeito da intersetorialidade, depois da gravação de áudio, uma das profissionais comentou que as ações intersetoriais são importantes, mas que não poderiam ser realizadas em detrimento da psicoterapia exercida no CAPS, como mostra o fragmento a seguir:

“Após a gravação a profissional fala sobre a preocupação em ter mais uma atividade e a sobrecarga de trabalho. A profissional também refere ter receio de não ter tempo para a psicoterapia. Eu comento sobre as atividades intersetoriais também serem terapêuticas e a importância dos/as usuários/as frequentarem outros espaços e evitar sobrecarga no CAPS. E a fala da profissional é: ‘mas aí seria o terapêutico em detrimento da psicoterapia’”. (Fragmento do DC, encontro 3)

Talvez essa lógica operada pela profissional decorra de um fenômeno que se expandiu no período pós-pandemia, que foi a supervalorização da psicologia, que

parece se aproximar bastante da visão e da postura biomédica. Ao falar da postura biomédica nos referimos principalmente ao olhar para o indivíduo de uma forma fragmentada e entendendo a atuação médica como sendo a mais importante e, nesse caso, a psicoterapia como a estratégia “salvadora” de todos os males psís.

Nesse sentido, nós psicólogas/os e demais profissionais da saúde mental, devemos estar sempre atentas/os para não cairmos em uma atuação pouco crítica e, além disso, correr o risco de psicologizar os fenômenos sociais. Isso não significa que os atendimentos psicoterápicos não sejam importantes, mas, mais importante do que a psicoterapia, é compreender o indivíduo em toda a sua complexidade e perceber que talvez a psicologia não seja tão importante como muitas vezes achamos que é. Além disso, entender que talvez ela não seja suficiente para responder demandas complexas, para as quais, no mais das vezes, a clínica ampliada seja mais adequada que práticas individualizantes.

Esse fenômeno da psicologização tende a compreender o indivíduo de forma dualista, ou seja, corpo e mente, ignorando os marcadores sociais e todos seus atravessamentos. Essa compreensão tem como efeito a responsabilização e a culpabilização do indivíduo por estar na situação que se encontra, seja ela qual for.

Como argumenta Paiva Neto (2020), o desmonte progressivo das políticas sociais dos últimos anos e o desvio do enfrentamento das questões sociais é um mecanismo adotado pelos governos como forma de naturalizar as desigualdades, tirando o foco e enfraquecendo a luta de classes. É considerada uma atuação mais amena do que a comum repressão coercitiva do Estado, mas ainda produz a perda de direitos e de políticas públicas que possam fornecer melhores condições de existência ou subsistência para a classe trabalhadora.

Dessa maneira, os contrastes sociais são entendidos como culpa ou responsabilidade individual e as respostas a eles acabam por se tornar também individualizadas e menos politizadas. Entretanto, isso não significa que o sofrimento psíquico não precisa de um cuidado terapêutico. Pelo contrário, o sofrimento traz uma demanda legítima para a clínica, mas muitas vezes esse sofrimento é um traço de uma sociedade individualizada (LEÃO, IANNI e GOTO, 2019).

Portanto, é importante que o/a psicólogo/a e demais profissionais que atuam nas redes de saúde e saúde mental e na rede socioassistencial, compreendam que o sofrimento individual está correlacionado com fatores coletivos, institucionais e socioculturais. “São contradições essencialmente sociais e políticas que, ao serem medicalizadas, são psicologizadas, individualizadas e descoladas de seu contexto social e político, e das possibilidades de serem coletivamente articuladas” (LEÃO, IANNI e GOTO, 2019, p. 137).

Nesse sentido, a atuação na saúde mental, quando não é crítica, acaba por reforçar a corrente do neoliberalismo direcionando a responsabilidade individualizada, a culpabilização do sujeito, como demonstram os fragmentos a seguir.

P2: E o paciente, o usuário, quando ele tem uma... Consciência, uma consciência não, uma autonomia melhor, a gente indica já procurar esses outros serviços para iniciar alguma atividade lá, mas nem todos procuram. Mas o orientado é no projeto terapêutico (Fragmento do DC, encontro 1).

P3: Porque o que que acontece? Eles saem daqui, aí eles caem na ociosidade porque eles não buscam, a família não dá o suporte, as orientações que a gente dá e aí eles acabam voltando pra cá porque eles criam a ideia de que o tratamento é só ou a medicação ou só o CAPS que disponibiliza a oficina, talvez por não conhecerem ou talvez porque precisa e maior divulgação, então aí depende, acho que é isso que também precisa (Fragmento do DC, encontro 1).

Um das barreiras em relação a uma comunicação aberta é a culpabilização do sujeito, caindo na hierarquização de profissional-usuário. Entendemos que para que se ultrapasse isso, é fundamental um diálogo onde haja uma criação conjunta, além de ampliar espaços de debates entre usuários/os, comunidade, profissionais e equipamentos (GOMES, 2015).

Um serviço de qualidade deveria se ocupar de todos os/as usuários/as. Tal constatação é uma das chaves analíticas para compreensão da produção dos serviços, visto que quando o serviço não dialoga com seus/suas usuários/as, acaba por estabelecer hierarquias de intervenção (SARACENO, 2001). Em umas das conversas com uma profissional, a mesma trouxe um fragmento do diálogo com um usuário, ao qual foi proposto a aplicação do projeto, em que transparece o argumento aqui apresentado. Ela contou:

P1: Você é um paciente que está aqui preventivamente ao agravo, porque você não tem perspectiva pessoal nenhuma. Sim, está estável, poderíamos mandar para o ambulatório, mas para mim é um risco, porque você não vai ter essa (INAUDÍVEL) e o acompanhamento regular, enquanto se projeta com perspectivas pessoais (Fragmento DC, encontro 4).

Ressaltamos que por vezes os/as profissionais tendem a compreender os sujeitos como pacientes, no sentido de serem passivos em seu acompanhamento e que, por melhores que sejam as intenções dos/das profissionais, elas acabam por desconsiderar o que o/a usuário/a desejam, acreditando que sabem o que seria melhor para aquele indivíduo. Entendemos que:

Esta postura alimenta a dependência do usuário e reforça uma relação onde a potência sempre está localizada no pólo profissional. [...]De fato, às vezes as equipes tratam os pacientes como se eles fossem incapazes de toda e qualquer iniciativa e somente os profissionais soubessem o que lhes é benéfico ou não (CAMPOS E GAMA, 2008, p. 227).

Saraceno (2001) apresenta uma analogia de como manicômios e ambulatórios podem ser miseráveis, sem recursos e também “vazio de relações afetivas e mortíferas” (SARACENO, 2001, p. 98), tal qual uma ilha sem habitantes, sem água e sem vida. É possível perceber o quanto um CAPS que não aposte na perspectiva antimanicomial em toda sua potencialidade pode se assemelhar a esses lugares vazios, como argumentou uma das profissionais.

P3: Mas a dificuldade é isso, assim, né? É aquele ciclo vicioso, né? Então assim, por mais que a gente tente quebrar isso, é assim, né? Vem pro CAPS, vai pra casa, mantém a mesma rotina, os mesmos hábitos, não conhece nada diferente, vem pro CAPS, faz atividade, volta pra casa, toma remédio. Então, assim, acaba ficando nisso e, assim, isso que é uma coisa que a gente precisa quebrar. E é muito difícil assim. É fundamental a participação da família, só que assim, a gente entende. Por que que veio pro CAPS? Se você for olhar a combinação ali? Como é que você vai querer o suporte? São coisas que a gente vai trabalhando, tentando fazer o diferente (Fragmento do DC, encontro 4).

Uma reflexão necessária diante do exposto, é pensar o quanto esse equipamento está sendo de fato um dispositivo de potência de vida. Os CAPS deveriam ser lugares de sociabilidade, de relações interpessoais, que possam proporcionar um ambiente acolhedor, seguro, confortável, acessível. Além disso, ser um lugar de

expressão das subjetividades dos/as envolvidos/as. É importante pensar em quanto a ambiência é produzida nesse espaço e não apenas enquanto espaço físico, mas como espaço social, profissional e de relações, o qual deve proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Outro conceito fundamental no cuidado em saúde mental é o de clínica ampliada. Para Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada amplia o “objeto de trabalho”, ou seja, aquilo com que determinada prática se responsabiliza. Por exemplo, a medicina tradicional se atribui o tratamento de doenças, mas para clínica ampliada deve haver a necessidade de compreender por outras perspectivas e ir além das doenças, como situações que aumentam o risco ou vulnerabilidade dos indivíduos, ou seja, considerar primeiro as pessoas e depois a enfermidade.

Outrossim, é necessário ampliar a produção de saúde por diversos meios, sejam eles, curativos, preventivos, de reabilitação ou paliativos. Assim, a clínica poderá contribuir para um maior grau de autonomia dos sujeitos. Essa autonomia deve ser compreendida não como sendo ausência de dependência, mas uma ampliação da habilidade do indivíduo lidar com sua rede de dependências. O aumento da autonomia pode ser avaliado no sujeito, pela ampliação da compreensão e atuação sobre si mesmo e sobre sua vida (CAMPOS E AMARAL, 2007).

Tykanori (1996, p. 55) apresenta a concepção de autonomia como “a capacidade do indivíduo de gerar ordens e normas para sua vida”. Portanto, não cabe compreender autonomia como sinônimo de autossuficiência ou independência, mas, ao contrário, o autor elucida que “todos somos dependentes”. A particularidade do/a usuário/a de saúde mental é a dependência em excesso de poucas relações/coisas, e é justamente essa restrição de relações que diminui a sua autonomia.

A conceituação de reabilitação psicossocial está atrelada ao aumento do poder contratual do indivíduo, no sentido de criar possibilidades para que o/a usuário/a participe do processo de trocas sociais. A contratualidade dos/das usuários/usuárias vai ser determinada pelas relações que estes têm com os/as profissionais pelo quais são atendidos/as. E esses profissionais podem se utilizar de seu poder para aumentar o poder dos/as usuários/as como não (TYKANORI, 1996).

## 5.4 Processos de trabalho e seus percalços

No cuidado em saúde mental, é importante que se tenha uma produção de saúde baseada em tecnologias leves, de forma integrada e centrada no/a usuário/a. Nesse sentido, trata-se de colocar em segundo plano o Trabalho Morto, o qual refere-se aos meios instrumentais relacionados às tecnologias duras, ou seja, a produção de procedimentos. Para tanto, é necessário priorizar o Trabalho Vivo, que são os atos em si, uma produção de cuidado direcionado às tecnologias leves (MERHY E FRANCO, 2003).

Ao longo da pesquisa, percebemos que o trabalho vivo demanda novos arranjos organizacionais dos serviços. Em uma das perguntas da entrevista, a respeito do que faltava para se ter ações mais efetivas de intersetorialidade, foi consenso respondido pelas profissionais que precisaria ter um horário reservado nas agendas.

**P1:** Assim, precisa ter agendado. Agenda. Nos serviços, nos equipamentos. [...] Dos profissionais, precisa isso ser uma dimensão compreendida pela administração. Eles falam para a gente fazer. Mas não tem agenda, não está na nossa agenda fazer isso (Fragmento DC, encontro 1).

**P3:** É, eu acho que seria fundamental ter um tempo pra se organizar, assim, criar mesmo essa cultura de ah, vai ter tal situação, então nós vamos ter esse tempo pra planejar. Então assim, saber que isso é uma rotina. A gente vai ter tal ação, a gente vai ter... Não sei, um dia da semana fechado para isso (Fragmento DC, encontro 1).

Entendemos que esse é um dilema a ser enfrentado pela gestão dos serviços nas suas diferentes instâncias. Nos questionamos o quanto essa necessidade de inserção das atividades na agenda seja o hábito de ações protocolares, ou seja uma forma proteger um momento para que se possa realizar essas ações, visto que consta ações no território no artigo 4º, § 5º, inciso VI da Portaria MS/GM 336/2002: “atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social”.

Segundo Saraceno (2001), podemos ter instrumentos úteis, mas não padronizáveis, à nossa disposição como a escuta, a solidariedade, a afetividade, a possibilidade de modificar o contexto material de vida cotidiana do/a usuário/a,

possibilidade de trocas afetivas, entre outros. Esse dilema entre ações padronizadas e o caráter inventivo das mesmas foi referido pelas profissionais, como segue:

P3[.]uma ideia, não sei, é pensar talvez, né, porque assim, aqui tá toda a informação, né, mas como fazer isso nos serviços, né? Porque, que nem você falou, assim, a gente já comentou, né, no outro momento, assim, a carga de trabalho é muito grande, a gente acaba fazendo, fazendo, fazendo e pensar, então assim, como uma introdução desse tipo de auxílio, né, como isso iria se dar? O primeiro momento seria o PTS com as orientações, o segundo momento seria o quê? Então acho que talvez fazer uma, não sei, uma explanação da ideia do que como isso poderia ser feito no depois. Não sei (Fragmento DC encontro 2).

Outro ponto a ser levantado é o quanto as profissionais têm espaço para criar ou só podem realizar o que está na agenda. Para Ferrer (2007, p. 44) o indivíduo tende a se adaptar à organização do trabalho e tal adaptação “corresponde à procura, à descoberta, ao emprego e a experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade”. Contudo, a rigidez das organizações está diretamente ligada a adaptação do sujeito ao trabalho, além da diminuição de conteúdo significativo levando a possíveis sofrimentos.

**P4:** Não querendo cair naquela situação comum de que é mais equipe técnica, mas querendo ou não é porque daí a gente fica muito, às vezes, focado no próprio processo de avaliação, acolhimento, monitoramento. E não pode fazer outros projetos, porque eu penso assim, a gente é uma equipe multi e a gente está cumprindo o que a instituição pede, o que o serviço prevê, o que a portaria, o que está dentro do protocolo, mas a gente sabe que dentro de cada categoria a gente pode ir muito mais além, né, dentro dos nossos saberes, da nossa bagagem, que a gente pode intervir (Fragmento DC, encontro 1 ).

No segundo encontro, as profissionais denotaram necessidade de que fossem criados “protocolos” para que as ações se efetivem. A sugestão apareceu em um diálogo de uma profissional com a pesquisadora, como segue:

P3: Eu acho que seria interessante talvez escrever isso, pensar... Porque esse aqui é o começo, né? E como que a gente faz o desenvolvimento, o meio? Como que é o meio disso? Seria interessante nem que a gente pensasse junto mesmo [...] parece que a gente vai querendo colocar mais essa atividade e mais esse trabalho, mas uma sugestão que eu não sei se é viável pra você. Às vezes até incluir, né, num anexo ou alguma coisa assim, essa sugestão do passo a passo, né, a gente tá conversando aqui, mas deixar isso registrado, sabe [...] Talvez assim estruturar isso, ficaria legal assim. Só escrever, pra ficar estruturado dentro da cartilha, assim,



né?

Pesq.: Assim eu não sei se cabe na cartilha especificamente porque esse aqui vai ficar com o usuário.

P3: Ah tá.

Pesq.: Aí isso é mais um processo de trabalho, na verdade. Mas o que a gente pode fazer? Você falou e eu fui pensando. Talvez na próxima sexta a gente se reunir [...] pra gente pensar em tentar estruturar isso no processo de trabalho de vocês. Como alterar isso, modificar para que seja mais efetivo.

P3: Eu vou falar do que eu penso, se ficar só na cartilha isso vai se perder. Só entrega a cartilha, faz lá um plano e a gente não tem isso como combinado interno. Então se não estruturar esse combinado na sequência do teu projeto, eu acho que vai se perder. Eu acho.

Pesq.: Eu concordo. Como que a gente poderia fazer? Fazer para modificar esse processo de trabalho?

P3: Você diz com o horário, com... é, daí isso a gente teria que ter, eu imagino que teria que fazer uma escala, né, não sei se isso iria acontecer toda semana, porque eu não sei nem se a gente teria público, quer dizer, público tem, né. A gente teria que ter um tempo pra ver quem poderia, talvez, fazer ali um grupo, como você falou, um grupo de sexta-feira pra ir até tal lugar, né? Então, acho que talvez isso, assim, a gente teria que ter um espaço na agenda pra fazer isso e uma rotatividade profissional. (Fragmento DC, encontro 2)

Nos fragmentos mencionados, apareceu também o quanto um material pode se tornar simplesmente um trabalho morto, e que a cartilha em si não seria a peça principal para que as ações intersetoriais se efetivassem, mas que precisaria ser estruturada para toda a equipe. A proposta, então, foi discutir de forma coletiva para pensar as possíveis mudanças no processo de trabalho para que ações de intersetorialidade pudessem ocorrer de forma mais efetiva para além do projeto que estava sendo aplicado.

Com isso, foi redigido um documento acordado por todas as profissionais para que eu, enquanto pesquisadora, pudesse apresentar a gestão, como mencionado anteriormente. E assim ocorreu. Em dia e horário marcados tive a conversa com a gestora do serviço para repensar os processos de trabalho atuais. Segue o fragmento do diário de campo desse encontro.

Foi apresentada à gestora uma proposta de trabalho em forma de rodízio de profissionais. A mesma contou que antes da pandemia haviam muitas atividades, mas com a pandemia tudo parou e a equipe teve dificuldade para retomar as atividades como: idas ao cinema e aos parques. A gestão denotou surpresa com o fato das profissionais terem referido como maior dificuldade o tempo reservado na agenda. Em contrapartida a gestora

referiu que se o problema era a agenda isso era simples de se resolver. Também falou que precisaria ser colocado na agenda das profissionais porque se não fosse algo imposto não seria feito. Na conversa com a gestão, também foi discutido a respeito da função do CAPS na reabilitação psicossocial e como as ações de intersectorialidade poderiam contribuir para isso. E em relação a proposta, a gestão referiu talvez não conseguir com que fosse semanalmente, como proposto pelas profissionais, mas que quinzenal seria possível. Contou também que as saídas do serviço são sempre organizadas com um técnico, algum profissional da equipe de enfermagem e um oficineiro. Relata que prefere que seja dessa forma para evitar situações imprevisíveis. Informou também da dificuldade de se organizarem para o final de ano, mas que para início de 2024 pretende já colocar a escala nas agendas. (Fragmento do DC do encontro com a gestão)

Para Saraceno (2011), somente um serviço de saúde mental de alta qualidade em sua complexidade poderia proporcionar programas de reabilitação confiáveis. A qualidade não está necessariamente ligada aos recursos disponíveis ou com a qualidade das tecnologias, mas primordialmente a produção de um local de diálogos, oportunidades, permeável e dinâmico.

Gomes (2015), argumentou ser importante superar as relações burocráticas e construir um trabalho a partir de relações horizontais, apostando em ações coletivas, abrindo espaço para construção em grupo e articulação com atores do território para que também possam contribuir para espaços criativos e dialógicos.

Salientamos que as/os profissionais que trabalham na saúde estão em contato o tempo todo com sofrimento. As profissionais que trabalham com saúde mental precisam muitas vezes lidar com situações que podem lhes ser muito familiares e que, quando não bem administradas, podem se tornar um empecilho para um bom atendimento e bom vínculo com a pessoa atendida

Corroborando neste argumento, Campos (2005) refere que os sintomas institucionais são reflexos da própria realidade do trabalho, pelo contato com sofrimento intenso do outro. É comum em serviços de saúde e de educação a identificação entre profissionais e usuários/as. Por exemplo, se a população atendida é vista como desvalida e desrespeitada pode acontecer da equipe também passar a se sentir assim. E, assim, na busca de evitar essa identificação a equipe pode se fechar na tentativa de uma discriminação entre nós e os outros, construindo assim fortes barreiras para evitar

contato com aquilo que dói ou, no pior dos casos, tornar-se uma equipe agressiva e retaliadora com as/os usuárias/os.

Nesse sentido, é essencial que as práticas que embasam o exercício na saúde mental, tanto da formação acadêmica quanto da experiência diária, sejam revisadas com periodicidade. Com isso, a atuação no CAPS pode ser um espaço formador o qual se constrói na prática. Para que isso aconteça é fundamental ter um espaço democrático e estruturas institucionais que oportunizem espaços intra-equipes, tal como um espaço de supervisão clínico-institucional, por exemplo, que possibilita o fomento de atuações com base na coletividade dos saberes. (SILVA et al, 2012)

A supervisão tem como foco a sustentação de uma proposta de gestão partilhada da clínica, no sentido de auxiliar as/os profissionais a lidar com os entraves institucionais frequentes. Além disso, visa a subsidiar o espaço de cada um dentro da equipe, a fim de assegurar a especificidade, mas perfurando a rigidez de cada especialidade. Também possibilita a construção coletiva dos casos, desenvolvendo um trabalho em equipe com menos conflitos, além de uma pactuação de responsabilidades (SILVA et al, 2012).

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Qualificação dos Caps, pela Portaria Nº 1174, onde incluía supervisão clínico-institucional semanal; ações de atenção domiciliar e em espaços comunitário; ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação como centros formadores; ações de integração com familiares e comunidade; desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, em articulação com centros formadores (BRASIL, 2005).

Art. 3º Definir como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, tanto para ações intersetoriais quanto para supervisões clínicas é importante considerar uma agenda padrão para resguardar o direito para a efetivação dessas ações e de tantas outras, mas, como já mencionado anteriormente, com a ressalva de não se tornar apenas ações protocolares.

Em 2019, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou a Resolução nº 17, de 19 de Julho de 2022, para orientar profissionais de psicologia quanto à atuação no setor de saúde. A referida resolução traz como base os conceitos de Hora-assistencial e Agenda-Padrão. Sendo a Hora-assistencial como a medida relativa de tempo médio estimado para a realização das ações exercida pelos/as profissionais de psicologia como planejamento de atividades, intervenções, ações compartilhadas, supervisão, discussão de caso, reunião de equipe, encaminhamentos, evolução no prontuário, elaboração de documentos entre outros, nos diversos níveis de atenção. Na atenção secundária é orientado que:

§ 1º As psicólogas e os psicólogos da Atenção Secundária atuarão tendo como base os atributos derivados da lógica da clínica ampliada, da reabilitação e reinserção social, familiar e comunitária de base territorial e da construção do Projeto Terapêutico Singular, de modo a respeitar a diversidade e os marcadores sociais dos sujeitos e das coletividades (CFP, 2022).

A Agenda- Padrão na Atenção Secundária é constituída por quatro eixos, sendo atendimento específico; ações compartilhadas; ações no território e outras ações. Em relação ao atendimento específico é resguardado uma duração de 30 a 60 minutos sendo de 5 a 15% da carga horária mensal do/a profissional. Já as ações no território com a rede intra e intersetorial são reservadas de 60 a 120 minutos podendo ocupar 5% da carga horária mensal. E para a supervisão, pode-se ocupar até 10% da carga horária mensal, com duração de 90 a 120 minutos. Sendo assim, uma profissional que trabalha 40 horas, sendo 160 horas mensais, poderá dispor de 24 horas de atendimento individual no mês, o que equivale a 24 atendimento de 60 minutos ou 48 atendimentos de 30 minutos. Para ações intra e intersetoriais, tem-se reservado 8 horas mensais. E para supervisão pode-se utilizar até 16 horas (CFP, 2022).

Tal orientação partiu do Conselho Federal de Psicologia, mas talvez pudesse ser tomada como base para a organização de agenda para qualquer profissional de saúde

mental não se restringindo a categoria, visto que a distribuição inclui ações que todas as categorias, de ensino superior, podem realizar dentro de um CAPS.

Outro aspecto que precisa ser mencionado é o fato que durante a pesquisa o CAPS passou por modificações. O CAPS que anteriormente era CAPS II passou pelo processo de hibridização, ou seja, passou a atender as duas clínicas, tanto a de pessoas com transtorno mental, quanto daquelas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Assim, passou a ser chamado de CAPS Regional I, atendendo metade dos bairros do município. O outro CAPS, anteriormente CAPS AD, mudou para CAPS Regional II, atendendo também as duas clínicas e recebendo a outra metade dos bairros.

A decisão de hibridização dos CAPS não foi partilhada pelas/os profissionais, muito menos pelos/as usuários/as. E, ainda que não conste na Portaria 3088/2011, o município decidiu pela mudança. Durante os encontros com as profissionais foi possível perceber certa dificuldade e receio em atender as duas clínicas. Nas portarias atuais as modalidades que constam de CAPS são:

**I - CAPS I:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

**II - CAPS II:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

**III - CAPS III:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

**IV** - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

**V** - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

**VI** - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) um dos princípios do SUS é a participação social para que haja maior democracia nos espaços de gestão de saúde. Entretanto, essa participação não deve estar restrita a espaços formais, como os conselhos de saúde, e sim no dia-a-dia de cada trabalhador/a.

Contudo, a cartilha HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão de 2009, refere que a participação do/a trabalhador/a ainda é pequena nas decisões cotidianas e que isso pode ser atribuído a um excesso de burocracia e, muitas vezes, ao fato de uma gestão centralizadora e pouco participativa. Portanto, a co-gestão surge como um modo de pensar e agir coletivo, sem hierarquia de categorias.

O modelo de gestão que estamos propondo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesse sentido, cabe a reflexão de como as práticas verticalizadas ainda estão presentes na gestão e no planejamento dos serviços de saúde, onde as assimetrias ganham destaque e se revelam no pouco espaço para diálogo e decisões compartilhadas, produzindo práticas fragmentadas (Campos, 1999). Com isso, destacamos importância de fomentar espaços para discussões e tomada de decisões

compartilhadas, entendendo que tal postura impacta diretamente o cuidado com os/as usuários/as

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando a luta contínua da Reforma Psiquiátrica e o CAPS como principal equipamento de substituição dos hospitais psiquiátricos, faz-se necessário considerar toda a complexidade dessa luta e ter ciência de que apenas um serviço não dá conta de efetivar a reabilitação psicossocial de indivíduos em sofrimento grave e persistente.

Durante o processo da pesquisa, desde a apresentação do projeto na reunião de equipe até o último dia de encontro, houveram discussões enriquecedoras para repensar as ações de intersectorialidade e a importância delas. A proposta da pesquisa era do uso da cartilha com os/as usuários/as do serviço, mas a parte que consideramos a mais importante foi tudo o que a pesquisa mobilizou. Primeiro foram as reflexões das profissionais acerca da temática, depois a mobilização de como isso seria aplicado, mesmo depois da finalização do projeto dentro da rotina estabelecida da equipe. Posteriormente, houve a reflexão das profissionais com as/os usuárias/os para pensar as atividades fora do CAPS e, por fim, as idas definitivamente aos equipamentos.

Salienta-se que a execução da pesquisa e todas as reflexões e repercussões só foi possível pela abertura e comprometimento da equipe que assumiu o compromisso de participar da mesma. Mesmo as profissionais que não conseguiram produzir os PTS com os/as usuários/as, estavam sempre presentes trazendo ótimas reflexões e apontamentos a respeito do que estava sendo abordado.

Trabalhar com saúde e especificamente saúde mental é sempre desafiador e, por vezes, o trabalho não ocorre da maneira que desejamos, seja por lacunas na rede, seja por dificuldades com a gestão, seja por dificuldades e limitações nossas, mas, diante disso, cabe a nós estarmos atentas aos nossos marcadores sociais e das pessoas que estamos atendendo, buscando ter uma compreensão integral, além de sempre buscarmos atualizações e novas formas de cuidados.

É importante lembrar que o que vemos e ouvimos naqueles momentos em que estamos com as pessoas atendidas é só um recorte da vida delas. Que fora do CAPS

existem vidas, papéis sociais diversos e recursos no território tão importantes e potentes na vida daquele sujeito, quanto o serviço que está sendo ofertado, mas que muitas vezes passam despercebidos.

Nesse sentido, esse trabalho buscou pensar em um cuidado para fora CAPS e tomou como foco principal o território, percebendo a importância deste para um processo terapêutico ampliado, como importante para vida de qualquer sujeito. Entendemos que a ocupação e o pertencimento a diferentes territórios podem ser propulsores de vida, principalmente para aqueles/as que estão em processos de reabilitação psicossocial.

Por fim, foi possível perceber que o conhecimento de outros serviços no território é importante e, talvez, seja o primeiro passo para pensar na intersetorialidade. Ainda assim, insistimos que o conhecimento e as informações não garantem ações intersetoriais, vez que ela se produz também a partir de outros fatores, como aqueles relacionados às estruturas organizacionais, à formação profissional e à disponibilidade de cada profissional para tal. Afirmamos que um investimento na mudança sociocultural acerca do entendimento da loucura e de seu pertencimento aos territórios é urgente, a fim de superar o paradigma do modelo biomédico ainda tão presente no cotidiano de quem atua e se utiliza dos serviços de saúde mental.



## REFERÊNCIAS

AMANCIO, V. R.; ELIA, L. Panorama histórico-político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 24, p. 22-49, 2017.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, P. et al. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil**. São Paulo. Zagodoni (1976-2016). 2021.

Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015. 77 p. : gráfs., mapas color.

BEZERRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 243-250, 2007.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, p. 632-645, 2008.

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Organizando o SUS. In: **Saúde para todos, já!** [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 55-68. ISBN 978-85-232-2005-1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro DE 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, e Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**, 2007.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017.

BONALUME, C. R. O paradigma da intersetorialidade nas políticas públicas de esporte e lazer. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 14, n. 1, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

Campos, R.T.O., & Gama, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, Pires, V. A.. (Org.). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: [HUCITEC], 2008. 417 p. v. 1.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1265-1286, 2017.

CERVO, Estefânia Bisognin et al. Interprofissionalidade e saúde mental: uma revisão integrativa. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 6, n. 2, p. 260-272, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022.**

CUSTÓDIO, A. V.; SILVA, C. R. C. A intersetorialidade nas políticas sociais públicas. **Apresentação de Trabalho no I Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas**

**Públicas na Sociedade Contemporânea. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, UNISC, 2015.**

DA SILVA LIMA, Mirla; DE AGUIAR, Ana Caroline Leite; SOUSA, Mabel Melo. O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 4, p. 675-686, 2015.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advíncula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de saúde pública**, v. 357-366, 2012.

DE OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira et al. Reforma psiquiátrica: origens e atualidade no Brasil. **Revista Ensino de Ciências e Humanidades-Cidadania, Diversidade e Bem Estar-RECH**, v. 3, n. 2, Jul-Dez, p. 493-415, 2019.

DE PAIVA NETO, José Rangel; DA SILVA LIMA, Ingridy Lammonikelly; DE ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo. O estado burguês e a psicologização da “Questão Social”. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 15592-15606, 2020.

ESLABÃO, A. D., et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

FERRER, Ana Luiza. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o prazer e a dor de lidar com a loucura**. 2007. Tese de Doutorado. [sn].

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E.. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes-livro 1. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes-livro 1**. 2016. p. 440-440.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 289-299, 2007.

GOMES, Doris; RAMOS, Flávia Regina Souza. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 9-20, 2015.

GOULART, Daniel Magalhães. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. **Revista Guillermo de Ockham**, v. 11, n. 1, p. 21-33, 2013.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPÓULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. S331-S336, 2004.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3051-3060, 2011.

JUNQUEIRA, L. A. P.. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35 a 45-35 a 45, 2000.

KINOSHITA, Roberto Tykanori (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-56.

LEÃO, Thiago Marques; IANNI, Aurea Maria Zöllner; GOTO, Carine Sayuri. Individualização e sofrimento psíquico na universidade: entre a clínica e a empresa de si. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 9, p. 131-143, 2019.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em estudo**, v. 15, p. 17-26, 2010.

MALACHIAS, A. C.; BALLAN, C. V. Território e Territorialidades no cuidado em saúde mental. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS**, p. 69, 2021.

MASTRODI, Josué; SALA, Marcela Falsoni. O fenômeno da “alphavillezação da cidade”: A proliferação dos condomínios fechados estudada à luz das ingerências

privadas na realidade do município de Campinas. **Revista de Direito da Cidade**, v. 9, n. 3, p. 1046-1084, 2017.

MERHY, E.E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 13-17. 1999.

MERHY, E. E. FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. **São Paulo: Hucitec**, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; FABRICI, E. P.; SANTOS, M. A. Estrutura e funcionamento de uma equipe de saúde mental de Trieste na perspectiva de seus integrantes: um estudo qualitativo. **Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 24-35, 2018

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 51, p. 253-262, 1998.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. " Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 150-160, 2011.

SANTOS, L. S., et al. Laços com a Loucura: a cidade como espaço de promoção de saúde mental. **Barbarói**, p. 208-226, 2019.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do Século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001. 471p. pag 302-303.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. In: **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 1999. p. 95-101.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, p. 640-655, 2011.

SILVA, Gilson Mafacioli da et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 15, p. 309-322, 2012.

SOUSA, Patrícia Fonseca; MACIEL, Silvana Carneiro; MEDEIROS, Katrucky Tenório. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 883-895, 2018.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. Cortez editora, 2022.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N.. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

## ANEXOS

### ANEXO 1



Você, morador ou moradora do município de Pinhais sabe quais atividades e serviços a prefeitura oferece para adultos, perto de sua casa? Aqui você vai encontrar equipamentos das secretarias de Assistência Social, Esporte, Cultura e Lazer e da Educação.

Nessa cartilha, o município foi dividido em quatro partes, muito semelhante com a divisão feita pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Aqui cada região será representada por um símbolo que pode ser , , , ou .

Então, para facilitar, ao lado de cada serviço terá um símbolo desses mencionados para indicar em qual região o serviço está localizado.

Alguns serviços estarão indicados com os quatro símbolos, o que significa que esses equipamentos estão localizados em uma região central e que pode ser de acesso a todos independente da região onde mora.

Esse documento foi elaborado especialmente para as pessoas que são acompanhadas em CAPS, com o intuito de ser apresentada no momento do PTS para que tenham conhecimento e para que possam acessar outros serviços para além dos equipamentos de saúde. Entretanto, a Cartilha está disponível a todos que possam se interessar.





**ENCONTRE SUA REGIÃO  
E DESCUBRA SERVIÇOS QUE PODEM  
TE AJUDAR**

 **Região 1: Jardim Karla, Jardim Amélia,  
Parque das Águas, Parque das  
Nascentes, Alphaville Graciosa**

 **Região 2: Vargem Grande, Maria  
Antonieta, Pineville e Centro**

 **Região 3: Estância Pinhais e  
Weissópolis**

 **Região 4: Atuba, Alto Tarumã, Emiliano  
Perneta e Jardim Claudia**



## **REGIÃO 1**

CRAS Região Norte



## **REGIÃO 2**

CRAS Região Leste:

Ginásio Poliesportivo Tancredo de Almeida Neves



## **REGIÃO 3**

CRAS Região Sul:

Centro de Artes e Esportes Unificados - CEU



## **REGIÃO 4**

CRAS Região Oeste:

Ginásio Poliesportivo Jardim Perdizes

Centro de Iniciação ao Esporte

Pólo Esportivo e Cultural Pedro Arizona



## **REGIÃO COMUM A TODAS AS ÁREAS**

CREAS

CENTRO DE REFERÊNCIA MARIA DA PENHA

POSTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA E CIDADANIA

CENTRO DA JUVENTUDE (CJ)

CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO (CCI)

CENTRO CULTURAL

ESCOLA DE DANÇA



O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a unidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) responsável por oferecer serviços, programas e benefícios voltados à prevenção de situações de risco e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. No CRAS são ofertados serviços como: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), Serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos, além da inscrição no Cadastro Único (CadÚnico), que poderá dar acesso a benefícios eventuais, como o Bolsa família, auxílio funeral, auxílio alimentação, auxílio transporte, BPC, entre outros.

 **CRAS Região Norte:**

**Endereço:** Rua Nilo Peçanha, 502 – Jardim Amélia  
**Telefone:** 41- 9 9211-4869

 **CRAS Região Leste:**

**Endereço:** Rua Leila Diniz, 361 – Maria Antonieta  
**Telefone:** 41- 9 9196-9855

 **CRAS Região Sul:**

**Endereço:** Rua Rio Trombetas, 828 – Weissópolis  
**Telefone:** 41- 9 8792-5001 / 9 7401-5571

 **CRAS Região Oeste:**

**Endereço:** Rua Antonio Taborda Ribas, 116 – Atuba, Pinhais/PR  
**Telefone:** 41-9 8786-8760





## CREAS

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é um serviço da Política de Assistência Social que tem por objetivo a oferta de atendimento às famílias e indivíduos que estão em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. No CREAS são ofertados serviços como: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Abordagem Social, Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias, entre outros.

Endereço: Rua Vinte e Cinco de Dezembro, 363 - Estância Pinhais, Pinhais/PR

Telefone: 41- 9 9228-2982



## CENTRO DE REFERÊNCIA MARIA DA PENHA

É um espaço de acolhimento e atendimento humanizado, que tem por objetivo prestar assistência integral a mulheres em situação de violência doméstica.

Endereço: Rua 21 de Abril, 321 - Centro Pinhais/PR

Telefone: 41-9 9226-0692



## POSTO DE IDENTIFICAÇÃO

Emissão de RG , Antecedentes Criminais e 2ª via da Carteira de Trabalho. Necessita de agendamento online, acesse:

<https://www.agendador.pr.gov.br/index.php/agendador/index-selecionar-municipio> OU escaneie o QR CODE



Rodovia Deputado João Leopoldo Jacomel, 12.050 - Centro  
Pinhais/PR.

Telefone: 41- 9 9187-4839



## ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA E CIDADANIA

Presta serviço de orientação e atendimento jurídico de forma gratuita aos munícipes de Pinhais em situação de vulnerabilidade econômica ou social. Conta com uma equipe de advogados, servidores e estagiários que atendem a população nas seguintes áreas:

a) Direito das Famílias (divórcio, guarda de filhos, regulamentação de visitas, alimentos - (fixação, revisão, exoneração e cumprimento de sentença), investigação de paternidade, reconhecimento e dissolução de união estável)

b) Infância e Juventude Cível (guarda de terceiros, adoção, tutela, medida de proteção)

c) Registro Público (retificação de registro civil)

d) Alvará Judicial (levantamento de pequenos valores deixados por pessoa falecida, desde que não tenha deixado bens a inventariar)

e) Interdição (curatela)

O agendamento deverá ser feito no CRAS ou CREAS, mediante análise socioeconômica.

Endereço: Rua Jerônimo Busato Filho, 133 – Estância Pinhais, Pinhais/PR

Telefone: 41- 9 9245-4630



**CENTRO DA  
JUVENTUDE (CJ)**

O espaço é voltado para a realização de atividades que possibilitem aos adolescentes e jovens, produzir e acessar bens culturais e artísticos e participar de atividades esportivas e tecnológicas, tendo como alvo adolescentes e jovens na faixa etária de 12 à 29 anos.



### Atividades ofertadas:

Conversação em Inglês, Marketing Digital, Parkur, Move Dance, Taekwondo, Capoeira, Programa Juventude Empreendedora, Projeto de Bolsa Auxílio – Agentes de Cidadania (até 24a) e Projeto Chega +

### PROJETO CHEGA +

Tem como objetivo oferecer acesso ao espaço, aos adolescentes e jovens residentes em regiões mais afastadas ou de difícil acesso ao Centro da Juventude, fazendo uso da van do Centro da Juventude para levá-los. No período em que estiverem no serviço, os jovens terão acesso ao uso da quadra, pista de skate, arena teatral ao ar livre e outros espaços que estejam disponíveis naquele horário, bem como serão oferecidas vivências de participação em outras atividades com os grupos de interesse dos agentes de cidadania.

Endereço: Rua Ataulfo Alves, 49 – Maria Antonieta, Pinhais/PR

Telefone: 41-9 9237-4054



**CENTRO DE CONVIVÊNCIA  
DO IDOSO (CCI)**

São desenvolvidas ações para pessoas com mais de 60 anos, com o intuito de resgatar a cidadania, saúde e bem-estar, assim como a autonomia e melhoria das relações intergeracionais.

.Ambiente projetado, com equipes que trabalham na promoção da reinserção dos/das idosos/as na sociedade, ampliando o conhecimento aos seus direitos enquanto idosos/as e da rede socioassistencial do município, despertando interesse na participação de espaços diversos. Com isso, um dos objetivos do CCI é a busca da valorização das experiências vividas, da memória construída e da reconstrução de vínculos familiares e comunitários.

#### Atividades ofertadas:

Ginástica, Coral, Yoga, Pintura em Tela, Dança, Taekwondo, Academia ao Ar Livre, Pista de Bocha, Hidroginástica (Piscina), entre outros.

Endereço: Rua Guilherme Weiss, 450 - Tarumã, Pinhais/PR

Telefone: 41-9 9216-6021



## CENTRO CULTURAL

Centro Cultural Wanda dos Santos Mallmann, tem como objetivo oportunizar o acesso à cultura. São oferecidas oficinas culturais gratuitas para todas idades, a fim de promover a valorização dos cidadãos, a inclusão cultural e social, o incentivo a novos talentos, bem como o desenvolvimento artístico, crítico e intelectual.



### Atividades ofertadas:

Pintura em tela, Violino, Violão, Coral, Banda municipal, Criação literária, Teatro, Cinema, Sala de RPG, entre outros.

Endereço: Rua Vinte e Dois de Abril, 305 - Estância Pinhais, Pinhais/PR

Telefone: 41-9 92873001



## ESCOLA DE DANÇA

É um complexo que abriga estúdios de dança, salas administrativas, e vestiário e tem como objetivo proporcionar a comunidade acesso a cultura através de aulas de diversas modalidades de dança, visando desenvolver conhecimento e produções artísticas.

### Atividades ofertadas

Ballet, Dança de rua, Dança de salão, Dança do ventre, Dança indiana e Jazz

Endereço: Rua Quinze de Novembro, 107 - Centro, Pinhais /PR,  
Telefone: 41-9 9197-3347



## GINÁSIO POLIESPORTIVO TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas.

Atividades ofertadas:

Ginástica, Alongamento, Yoga, Pilates, Taekwondo, Muay Thai, Karatê e Capoeira

Endereço: Rua 11 de Junho, 637 - Centro, PinhaisPR

Telefone: 41-9 9189-6020



## CENTRO DE ARTES E ESPORTES UNIFICADOS - CEU

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas.

Atividades ofertadas:

Artesanato, Costura Criativa, Teatro, Alongamento Local e Ginástica

R. Rio Trombetas, 828 – Planta Bairro Weissópolis, Pinhais/PR  
Telefone: 41-9 9231-5067



## GINÁSIO POLIESPORTIVO JARDIM PERDIZES

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas

**Atividades ofertadas:**

**Ginástica de menor impacto e Ginástica de maior impacto**

R. Alcides Jazar, 610 – Atuba, Pinhais/PR  
Telefone: 41-9 9227-8003



## CENTRO DE INICIAÇÃO AO ESPORTE

A estrutura conta com quase 2.000 metros de área construída, que contempla um ginásio poliesportivo reversível com arquibancada, área de apoio para administração, sala de



professores e técnicos, vestiários, enfermaria, copa, depósito e sanitários; estruturas de atletismo para modalidades olímpicas e paraolímpicas com requisitos de acessibilidade.

**Atividades ofertadas:**

**Alongamento e Localizada, Ginástica geral, Karatê, Capoeira e Muay Thai**

**Av. Maringá - Atuba, Pinhais/PR, 83326-010**

**Telefone: 41-9 9203-7564**



**PÓLO ESPORTIVO E CULTURAL  
PEDRO ARIZONA**

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas

**Atividades ofertadas:**

**Ginástica, pintura em tela e artesanato**

**R. Maria Gonçalves Garcia, 70-144 - Alto Tarumã, Pinhais/PR**

**Telefone: 41-9 9251-7316**



**VOCÊ TEM MAIS DE 18 ANOS E NÃO  
CONCLUIU SEUS ESTUDOS? ENCONTRE  
A ESCOLA MAIS PERTO DE SUA CASA E  
MATRICULE-SE NO EJA**

Acesse o Link:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdrBm92qzbZ6HXG8gIQmEPR-EEbdwlwsTg3jb-r5uycpdJUw3w/viewform>

Ou escaneie o QR CODE



## VOCÊ SABE O QUÊ É UM PTS?

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um momento agendado, com data e hora marcada, onde você, sua rede de apoio (família, companheiro/a, amigo, etc.) junto com a equipe multidisciplinar de onde você é atendido, seja CAPS, ambulatório ou unidade de saúde, decidem em conjunto como será seu acompanhamento no serviço. Nesse momento, busca-se olhar para todas as áreas de sua vida e identificar como a equipe pode te auxiliar nas suas necessidades e no cuidado de sua saúde mental.

O PTS é constituído de quatro momentos, são eles: 1) Diagnóstico, 2) Definição de metas, 3) Divisão de responsabilidades e 4) Reavaliação. (BRASIL, 2007).



## Os quatro momentos do PTS:

- 1) O **Diagnóstico** é o primeiro momento onde se faz uma avaliação geral e se identifica as vulnerabilidades e potencialidades da/o usuária/o. É importante também olhar para os desejos e os interesses da/o usuária/o, assim como o trabalho, o acesso à cultura e atividades de lazer, a família e a rede de apoio.
- 2) O segundo momento, denominado como **Definição de metas**, é o momento onde a equipe sugere propostas de curto, médio e longo prazo de acordo com os interesses do/a usuário/a.
- 3) Na terceira etapa, **Divisão de responsabilidades**, é conversado sobre o papel e as tarefas de cada um para a conclusão das metas.
- 4) E por último, ocorre a **Reavaliação** para discutir o caso novamente e realizar possíveis alterações e correções quando necessário.

# PLANO DE CUIDADO 1 DA/O

---

TÉCNICO DE REFERÊNCIA (TR)

---

**Objetivos a curto prazo:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Objetivos a médio prazo:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Objetivos a longo prazo:**

---

---

---

---

---

---

---

---



# PLANO DE CUIDADO 1

## SEGUNDA

---

---

---

---

---

## TERÇA

---

---

---

---

---

## QUARTA

---

---

---

---

---

## QUINTA

---

---

---

---

---

## SEXTA

---

---

---

---

---

# PLANO DE CUIDADO 2 DA/O

---

TÉCNICO DE REFERÊNCIA (TR)

---

**Objetivos a curto prazo:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Objetivos a médio prazo:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Objetivos a longo prazo:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## PLANO DE CUIDADO 2

### SEGUNDA

---

---

---

---

### TERÇA

---

---

---

---

### QUARTA

---

---

---

---

### QUINTA

---

---

---

---

### SEXTA

---

---

---

---

### Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

Brasil. Página oficial do Governo Federal. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-creas-centro-de-referencia-especializado-em-assistencia-social>>. Acesso em: 20/08/2023

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p.

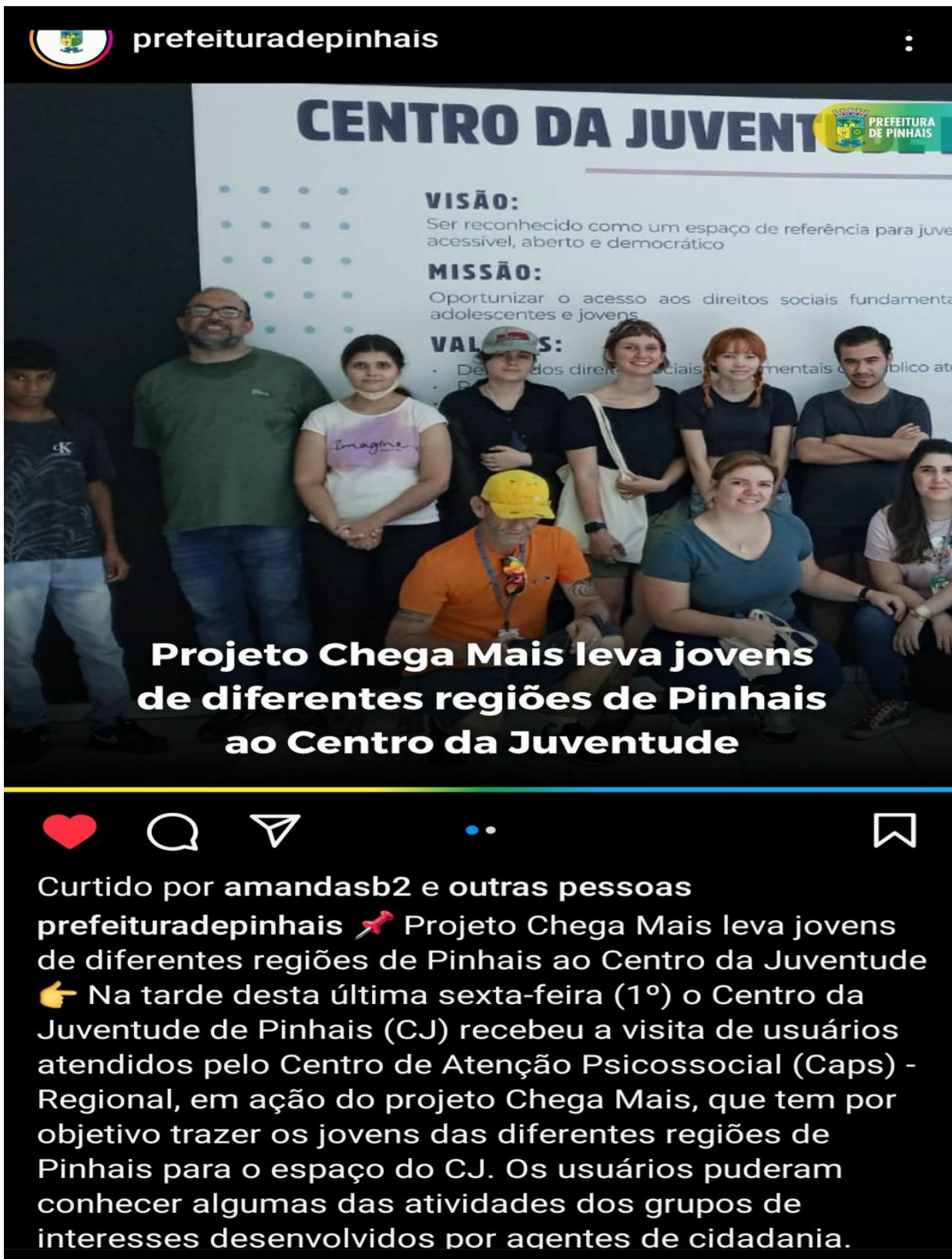
Prefeitura Municipal de Pinhais. Página oficial do Município. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/>>. Acesso em: 20/08/2023.

**Você também pode acessar  
essa Cartilha de forma virtual  
através do QR CODE a seguir**



Esse documento foi elaborado como parte do  
Trabalho de Conclusão de Residência  
da psicóloga residente em saúde mental,  
Tainá Ceccon de Godoy





ANEXO 3

**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Código de participante: \_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

1- Qual a função do CAPS na reabilitação psicossocial?

---

---

---

---

---

2- O que você entende por intersectorialidade e qual importância dela?

---

---

---

---

---

3- Quais serviços há no município, para além dos equipamentos de saúde, que podem auxiliar na reabilitação psicossocial das/os usuárias/os do CAPS?

---

---

---

---

---

4-Quais ações realizadas por você ou pela equipe em que trabalha são consideradas ações de intersectorialidade e compartilhamento do cuidado?

---

---

---

---

---

5- Você acha que no local onde você trabalha há ações efetivas de intersetorialidade e cuidado compartilhado? Se não, o que falta para que se tenha mais ações?

---

---

---

---

---