



Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GEOVANA DOS SANTOS BARBOSA

**BARREIRAS DE ACESSO A UM CAPS AD EM
UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA BAHIA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS
2023

GEOVANA DOS SANTOS BARBOSA

**BARREIRAS DE ACESSO A UM CAPS AD EM
UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA BAHIA**

Trabalho de conclusão do curso Bacharelado em Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, apresentado como requisito para a obtenção do título de Psicóloga.

Orientador: Marcelo Fonseca Gomes de Souza

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2023

GEOVANA DOS SANTOS BARBOSA

**BARREIRAS DE ACESSO A UM CAPS AD EM
UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA BAHIA**

Trabalho de conclusão do curso Bacharelado em Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, apresentado como requisito para a obtenção do título de Psicóloga.

Apresentado em 01 de junho de 2023

Aprovado em 01 de junho de 2023

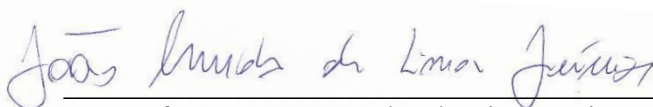
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo Fonseca Gomes de Souza
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof.ª Dr.ª Ana Flávia de Souza Santana
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof.º Dr.º João Mendes de Lima Júnior
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dedico esse trabalho aos usuários do CAPSad.
A vocês, todo o meu carinho e respeito.

RESUMO

O trabalho consiste em um estudo desenvolvido a partir de uma experiência de estágio no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), localizado em um município do interior da Bahia. Durante a experiência, foi possível vivenciar o cotidiano do serviço, estabelecer contato direto com os usuários e compreender suas realidades e necessidades. A partir dessa experiência, observou-se a presença de barreiras que dificultam o acesso dos usuários ao serviço e essas observações impulsionaram a realização do presente trabalho. O trabalho teve o objetivo de fazer uma análise contextual das barreiras de acesso estruturais, atitudinais e organizacionais encontradas no CAPSad analisado, a fim de contribuir com a qualificação e o aprimoramento do atendimento aos usuários do CAPSad. O método utilizado foi a observação participante que permitiu uma compreensão mais aprofundada do contexto analisado. No que se refere aos resultados obtidos, diversas barreiras estruturais, atitudinais e organizacionais foram identificadas. Concluiu-se que a *superação das barreiras* identificadas no decorrer desse estudo é um desafio que requer a participação ativa e colaborativa de diferentes atores sociais e para isso é necessário que haja um esforço conjunto envolvendo toda a sociedade.

Palavras-chave: Barreiras de acesso; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Álcool e outras drogas.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
1.1 A Reforma Psiquiátrica e Rede de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.....	7
1.2 Acesso e barreiras de acesso: a saúde mental em perspectiva.....	10
2. Barreiras de acesso a um CAPSad em um município no interior da Bahia.....	14
2.1 Barreiras estruturais	16
2.2 Barreiras atitudinais	20
2.3 Barreiras organizacionais.....	23
3. De uma clínica degradada rumo a uma clínica ampliada.....	27
4. Considerações finais	28
5. Referências bibliográficas	30

1. Introdução

Este trabalho foi desenvolvido a partir da minha experiência de estágio no curso de graduação em Psicologia em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSad), localizado em um município do interior da Bahia, no período de outubro de 2022 a maio de 2023. A experiência de estágio no CAPSad possibilitou uma imersão na prática do cuidado em saúde mental aos(as) usuários(as) daquele serviço e ampliou a minha perspectiva acerca desse campo, despertando meu interesse em aprofundar os estudos relacionados a ele.

Durante a prática de estágio, estive presente no cotidiano do serviço, estabelecendo um contato direto com os(as) usuários(as), de modo que pude conhecer as suas realidades e compreender algumas de suas necessidades. Nesse contexto, também pude observar a presença de diversas barreiras que surgiam como verdadeiros obstáculos para o acesso e tratamento qualificado do usuário naquele serviço. A reflexão sistemática sobre essas barreiras de acesso me impulsionou a realizar o presente trabalho, que tem como objetivo fazer uma análise contextual das barreiras de acesso ao CAPSad em questão e também contribuir com a qualificação do serviço e o consequente aprimoramento do atendimento aos (as) usuários(as) da rede.

O trabalho encontra-se dividido em duas seções. Na primeira, apresento uma breve contextualização sobre a Reforma Psiquiátrica dando um destaque particular para a composição da rede de atenção psicossocial voltada especificamente para usuários de álcool e outras drogas. Nessa mesma seção, apresento os conceitos de *acesso* e *barreiras de acesso* aos serviços de saúde e isolo as principais categorias que servirão de baliza para pensar sobre a minha prática, a saber: as barreiras de acesso *estruturais*, *atitudinais* e *organizacionais*. Já a segunda seção é dedicada ao relato e à análise da experiência de estágio a partir do enfoque nas barreiras de acesso que destaquei como sendo as mais relevantes no aparelho pesquisado.

1.1 A Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

Desde a década de 1970, o modelo de tratamento de pessoas que necessitam de cuidados à saúde mental no Brasil tem sido marcado por uma mudança de paradigma, em virtude do movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento visa a consolidação de uma rede de atenção em saúde mental diversificada, que possa substituir o modelo hospitalocêntrico pela atenção integrada ao indivíduo, em uma lógica territorial, formada por redes de relações sociais. Deste modo, esse processo tem proporcionado um conjunto de

transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais nas instituições e serviços de saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SOARES, 2021).

A Reforma Psiquiátrica pressupõe o estabelecimento de uma nova relação entre sociedade, sofrimento mental e instituições e visa romper com a estigmatização e exclusão, historicamente associadas às pessoas que não correspondem aos ideais de normalidade impostos. Nesse sentido, ela possui uma dimensão política que envolve a luta por direitos e justiça social e, portanto, representa um avanço na garantia dos direitos humanos das pessoas portadoras de sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem sido responsável por influenciar processos de desinstitucionalização e a construção de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental no Brasil. Segundo Amarante (2007), a desinstitucionalização consiste na redução progressiva dos hospitais psiquiátricos como principal forma de tratamento, em favor da criação de serviços de saúde mais humanizados e integrados ao território.

Em decorrência desse processo, a organização atual da assistência na área da saúde mental no Brasil é mais diversificada e descentralizada, com a oferta de serviços em diversos níveis de atenção e em diferentes locais. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) sua nova organização possui como base estruturante a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa realizar a implantação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem possibilitado o avanço da luta antimanicomial¹ e a melhor organização para a implementação de estratégias de desinstitucionalização. A RAPS é composta por um conjunto de serviços de saúde. Entre eles estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços que promovem o acolhimento de pessoas com sofrimento psíquico grave e que demandam um cuidado intensivo em virtude da severidade e/ou persistência do seu caso. Cada tipo de CAPS possui características específicas, variam de acordo com o número de habitantes do município e são divididos em diferentes tipos, sendo eles, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (CFP, 2013)².

¹A luta antimanicomial é um movimento de transformação da assistência em saúde mental que questiona o modelo asilar e propõe a substituição dos manicômios por serviços abertos e comunitários, pautados pela atenção integral, pelo respeito aos direitos humanos e pela inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico. (AMARANTE, 1995)

² CAPS I, II e III são serviços especializados em saúde mental que oferecem atendimento diário, sendo que o I e II funcionam de 2^a a 6^a feira em pelo menos um período/dia e o III em período integral/24h. O CAPS i é direcionado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos) e o CAPSad, que consiste no foco do presente estudo, é voltado para usuários de álcool e outras drogas (CFP, 2013).

A prática nos CAPS envolve a construção diária de um outro paradigma de cuidado, tendo como condição preliminar para o tratamento, a cidadania do usuário e de quem cuida dele. No CAPS, o cuidado prestado ao usuário é diferente do modelo hospitalar tradicional, já que nele a prática é centrada no sujeito e em suas necessidades. Desse modo, ao alterar a forma de lidar com o sofrimento mental, o CAPS propõe a realização de uma reformulação do antigo modelo psiquiátrico (CFP, 2013).

O Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSad) corresponde à principal estratégia de atenção à saúde voltada para o cuidado das pessoas que fazem uso disfuncional de substâncias psicoativas. Nesse sentido, este serviço desempenha um papel fundamental ao proporcionar um cuidado direcionado para essa população, tendo em vista que o tratamento adequado nessas situações pode contribuir para a prevenção do agravamento dos problemas de saúde e o restabelecimento da qualidade de vida. A partir dessa perspectiva, o CAPSad promove atendimento à população através da oferta de atividades terapêuticas e preventivas que busquem minimizar as consequências do uso e dependência de álcool e outras drogas (AZEVEDO, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Os CAPSad desenvolvem estratégias para o enfrentamento dos problemas advindos da dependência química dentro de uma lógica da *Redução de Danos*. Essa política é composta por “um conjunto de estratégias que visa minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso.” (DOMANICO, p. 6, 2021). Elas se fundamentam no respeito à autonomia do usuário e vão na contramão dos “tratamentos” baseados exclusivamente na abstinência, na culpabilização do indivíduo e na centralidade da substância e seus supostos perigos.

Nos CAPSad são realizadas atividades que variam desde o atendimento individual (médico, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. O tipo de tratamento/cuidado a ser ofertado depende das especificidades de cada caso e dos recursos disponíveis no serviço e na comunidade, e, portanto, deverá estar de acordo com critérios previamente estabelecidos junto a cada paciente. Desse modo, as ações de saúde e assistência social deslocam-se da centralidade da lógica biomédica e fundamentam sua atuação na noção de cuidado, atenção psicossocial e respeito às singularidades dos indivíduos que utilizam o serviço (CFP, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser considerado como eixo central que norteia o tratamento dentro do CAPS. De acordo com o Ministério da Saúde, o PTS “é configurado como uma ferramenta de cuidado única, construída coletivamente no trabalho em

equipe e exclusiva para cada pessoa.” (2015, p. 31) O PTS é uma estratégia que valoriza as demandas dos(as) usuários(as) na sua singularidade e considera a complexidade da realidade sem apostar em uma saída única, padronizada e isolada, e, portanto, está alinhado com o princípio da integralidade previsto pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para que o CAPSad cumpra seu papel na assistência dos usuários de álcool e outras drogas é imprescindível que haja a garantia do acesso dessa população ao serviço. O acesso à assistência à saúde é um direito fundamental de todos(as) os(as) cidadãos(ãs) brasileiros(as), respaldado pela Constituição Federal e pelo princípio da universalidade do SUS, que prevê o acesso universal e igualitário a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma a garantir a integralidade da atenção às diversas realidades e necessidades de saúde da população.

A partir desse princípio, percebe-se que o acesso ao cuidado nas situações de uso abusivo de drogas é uma questão de saúde pública e um direito que deve ser garantido à população, e, portanto, o CAPSad se configura como uma importante ferramenta para a garantia desse direito e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental (GLOSSÁRIO LOURDES ALMEIDA, 2021).

1.2 Acesso e barreiras de acesso: a saúde mental em perspectiva

O conceito de acesso é abrangente, complexo, modificável ao longo do tempo e variável de acordo com o autor e com o contexto em que é empregado. Por ser um elemento importante para a explicação do padrão de utilização de serviços de saúde, existe, na literatura especializada, uma ampla discussão sobre ele. Alguns(as) autores(as) concentram seus debates nos aspectos relacionados à inserção dos indivíduos nas redes de saúde; outros(as) focam suas reflexões nas características que qualificam ou desqualificam a chegada e vinculação aos aparelhos que compõem o sistema de saúde; há ainda aqueles(as) que tentam abordar o modo como esses dois diferentes aspectos do acesso se articulam no cotidiano do atendimento ao(a) usuário(a) (TRAVASSOS, 2004).

Para Ciconelli, o acesso está relacionado a características da oferta dos serviços de saúde e de circunstâncias que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas de efetivarem, quando necessário, seu uso (SANCHEZ E CICONELLI, 2012). Em concordância com essa perspectiva, o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS (2012) –, o define como a capacidade do sistema de prover o cuidado e o serviço necessário, no momento certo e no lugar adequado.

Ainda de acordo com o PROADESS (2012), a noção de acesso está relacionada a um conjunto de circunstâncias que torna viável a entrada do usuário na rede de serviços de saúde, em suas diversas modalidades de atendimento, bem como nos diferentes níveis de complexidade existentes. Conforme apontado pelo Glossário Lourdes Almeida (2021), o acesso é a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população - que devem ser a principal referência na definição das ações que vão ser ofertadas -, evitando, por conseguinte, uma série de *barreiras* que podem dificultá-lo.

O estudo “Produção do Acesso e Barreira em Saúde Mental”, realizado pelos pesquisadores IN-MUNDO no ano de 2014, se dedicou a pesquisar a noção de acesso e barreiras de acesso no plano do cuidado, e portanto, possui uma perspectiva ampliada desse conceito. A partir dele, houve o reconhecimento de que a produção do acesso/barreira “está conectada com o modo de cuidar, com aquilo que é definido como plano de cuidado, com as estratégias de cuidado que cada um da equipe reconhece e elege como legítimas para o enfrentamento do sofrimento psíquico” (GOMES e MERHY, 2014, p. 79). Com relação aos resultados desse trabalho, Abrahão et. al destacam que:

A pesquisa convocou a todos nós, sujeitos da pesquisa, a repensar o que é acesso e barreira diante de uma oferta de cuidado que aposta na multiplicidade e em novas conexões de produção de vida muito além da simples entrada ou não nos serviços. (...) Acesso e barreira não é simplesmente uma questão de ampliação de cobertura de serviços de saúde, ou de oferta de certo cardápio de cuidados aos usuários, mas traz para a cena toda a radicalidade do campo da vida e da ética, do tipo de aposta que a rede de cuidados afirma e tensiona: produzir mais vida ou não, no enriquecimento ou empobrecimento das redes existenciais dos vivos. (Abrahão et. al, 2014, p. 168)

É pensando nessa complexidade que Assis e Jesus (2012) apresentam um modelo de análise do acesso que pode ser considerado como uma importante ferramenta para a formulação de estratégias de melhorias dos serviços em saúde. O modelo foi organizado em cinco dimensões, a saber: as dimensões política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica.

A dimensão política diz respeito aos aspectos relacionados à disponibilidade de espaços de participação social nas instâncias de tomada de decisão, bem como o acompanhamento dos processos de controle social. A dimensão econômico-social refere-se aos investimentos na rede pública de saúde por nível de complexidade com a consequente definição das responsabilidades de financiamento por cada esfera de poder. A dimensão organizacional está relacionada à capacidade dos serviços em responder de forma objetiva aos problemas dos usuários. Já a dimensão técnica corresponde aos dispositivos da integralidade e qualidade da atenção, sendo eles, o acolhimento, o vínculo, o compromisso, a competência, a

habilidade e a autonomia da equipe e do usuário. Por fim, a dimensão simbólica envolve o campo da subjetividade, que implica na compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de cada sujeito (ASSIS, 2012).

Muitas vezes, acesso e *acessibilidade* são utilizados como sinônimos, mas nem sempre há concordância entre os(as) autores(as) sobre esse ponto (SOARES, 2021 apud TRAVASSOS E CASTRO, 2012). Alguns(as) pensam a acessibilidade como uma das dimensões do acesso, estando mais relacionada à distância geográfica, ao tempo e ao custo (PROADESS, 2012). Para Starfield, a acessibilidade é uma perspectiva da estrutura do sistema ou unidade que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços (SOARES, 2021 apud STARFIELD, 2002).

Na legislação brasileira, a acessibilidade é descrita como a condição para utilização, com segurança e autonomia, de espaços diversos, serviços e instalações abertas ao público por *pessoas com deficiência* ou com *mobilidade reduzida* (BRASIL, LEI Nº 13.146, 2015). A palavra acessibilidade tem um sentido multidimensional de caráter social e político no âmbito do SUS, e com isso, a mesma está presente na execução da política, na gestão, na prestação de serviços e na relação dos profissionais com os usuários e seus familiares (BRASIL, 2015).

Devido aos impactos das desigualdades sociais sobre o acesso à saúde, cada vez mais esse conceito tem sido discutido em termos de justiça social e de equidade. A renda, a condição social, as condições de habitação e emprego, os fatores raciais e de gênero, bem como as diferenças no que diz respeito à vulnerabilidade e exposição, são fatores que podem interferir no acesso à saúde e consequentemente gerar desigualdades de acesso. Esses fatores acabam retroalimentando a desigualdade social e de saúde de forma contínua e, portanto, ainda é um desafio garantir o acesso qualificado dos brasileiros aos serviços de saúde de forma que suas necessidades sejam atendidas, visto que a chegada ao tratamento é permeada por diversos obstáculos e barreiras de naturezas distintas (SOARES, 2021; SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

As barreiras de acesso à saúde

Fica claro, a partir das diferentes definições que foram destacadas acima, que toda reflexão sobre o acesso deve também vir acompanhada de uma crítica às diferentes barreiras e obstáculos que o impedem e/ou dificultam. As *barreiras de acesso* estão, portanto, relacionadas à obstrução e dificuldade do indivíduo em acessar determinado serviço de saúde. Sua identificação pode, dentre outras coisas, contribuir para a criação de estratégias para

aprimorar a qualidade e efetividade do atendimento, promover a equidade e garantir que as necessidades da população sejam atendidas.

De acordo com Soares (2021), essas barreiras podem ser de diferentes tipos, tais como: barreiras atitudinais, barreiras estruturais, barreiras organizacionais, barreiras institucionais, barreiras geográficas e de mobilidade urbana, barreiras de comunicação/informação, barreiras provocadas pela exclusão digital, barreiras administrativas e burocráticas, barreiras da política, planejamento e gestão, barreiras condicionadas à vulnerabilidade e barreiras financeiras.

Segundo Vuori, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis (PROADESS, 2021 apud VUORI, 1991). Para que isso ocorra, é necessário que as barreiras, que estão colocadas entre os usuários e as instituições, sejam identificadas e, a partir disso, possíveis estratégias para a remoção delas possam vir a ser desenvolvidas, de modo que o atendimento à população possa vir a ser mais efetivo e inclusivo, sem produzir desassistência.

Antes do advento do SUS, o caráter centralizado dos sistemas de saúde fazia com que o território fosse tomado de forma secundária na organização dos serviços e isso tornava as iniquidades em saúde ainda mais exacerbadas. Diante disso, o SUS foi pensado a partir de uma base territorial, tendo em vista que: “O território ou a gestão do território é a condição fundamental para o acesso e o acesso, por sua vez, é a condição para a universalidade, equidade e integralidade do sistema” (FARIA E BORTOLOZZI, 2012, p. 432).

De acordo com Gondim et. al, a territorialização é “vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência” (2008, p. 12) Portanto, o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde e uma abordagem territorializada pode contribuir com a identificação das necessidades de determinada população, contribuindo com o delineamento de estratégias futuras de intervenções (GONDIM et. al, 2008).

Atualmente, os estudos relacionados às barreiras de acesso aos serviços de saúde possuem um caráter mais amplo e podem não refletir as necessidades regionais e territoriais de contextos específicos. É fundamental considerar que o acesso depende da existência dos serviços nos territórios, o que torna necessária a realização de estudos com uma abordagem territorializada para garantir a efetivação da universalidade, equidade e integralidade das ações. Nesse sentido, um estudo voltado para a análise das barreiras de acesso a um CAPSad localizado no interior da Bahia, como o que proponho na sequência, pode ser uma estratégia

efetiva para ampliar os estudos com uma abordagem territorializada, bem como para pensar nas soluções contextuais que podem advir a partir do conhecimento produzido localmente.

2. Barreiras de acesso a um CAPSad em um município no interior da Bahia

No decorrer do meu percurso como estudante de graduação em Psicologia, sempre escutei colegas e profissionais da área falarem sobre a riqueza de experiências que os CAPS são capazes de proporcionar e, através da minha experiência de estágio, pude constatar esse fato. Sem dúvidas, ser estagiária do CAPSad foi uma experiência ímpar, que me fez confrontar com uma realidade que até então eu olhava, mas evitava ver.

Lembro que na primeira visita da equipe de estágio ao serviço, houve uma roda de conversa em que pudemos começar a conhecer os(as) usuários(as) através de relatos sobre as suas histórias de vida. Nesse primeiro momento, fiquei apenas observando, como se estivesse assistindo a um documentário, e fui bastante atravessada pelas narrativas que surgiram ali.

Ao longo da semana, senti as repercussões emocionais desses atravessamentos e notei que, diferentemente de um documentário, não dava para dar *stop* naquelas cenas que se passavam na minha cabeça, porque, dali pra frente, eu precisaria lidar com elas. Não dá pra fechar a aba da vida real quando ela se impõe de forma tão crua diante dos nossos olhos.

Com o passar do tempo, aquele “documentário” passou a ser em Ultra HD, com cheiros, sons e cores intensas e isso foi mostrando que ali não havia personagens, mas pessoas reais com histórias reais. Histórias de uma população majoritariamente negra, exposta à vulnerabilidade social e marcada pelo sofrimento decorrente do racismo, do abandono e da violência que permeia as suas vidas.

Aos poucos, passei a integrar aquele cenário e pude perceber como as dificuldades e sofrimentos experimentados por cada sujeito fazem com que a vida no CAPSad pulse em um outro ritmo, de acordo com um tempo que é vivo e regido pelas necessidades que se impõem a todo momento. Durante a fase de estudo teórico, que antecedeu as práticas do estágio, foi possível ler sobre essas necessidades, mas foi só na lida da vivência prática que pude enxergar a urgência de cada uma delas.

Ao me aproximar dos(as) usuários(as), pude conhecer algumas dessas necessidades e dificuldades por eles enfrentadas e foi perceptível que muitas delas tinham um caráter coletivo. A partir dessa percepção e das discussões realizadas com a equipe de estágio, foi possível identificar a presença de dificuldades relacionadas a utilização do CAPSad, sobretudo no que diz respeito à estrutura do serviço, à existência de atitudes de cunho

discriminatório e estigmatizante e a problemas organizacionais, questões que se apresentaram como barreiras de acesso a esses usuários.

Se por um lado os usuários enfrentavam essas dificuldades, por outro foi possível constatar que o aparelho em questão enfrentava enormes desafios para realizar um atendimento que estivesse alinhado aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e que, portanto, se mostrasse coerente com as necessidades dos(as) usuários(as), dos familiares e dos(as) profissionais de saúde mental. Nessa contradição, evidenciou-se uma discrepância entre as dificuldades enfrentadas pelos usuários e a capacidade do serviço em atender às suas necessidades de forma eficaz.

Diante desse panorama, tornou-se relevante a necessidade de uma investigação mais sistemática para a compreensão das barreiras enfrentadas pelos usuários no acesso ao CAPSad, e considerando isso, o presente trabalho foi construído. Para tanto, o tema das barreiras de acesso foi o elemento norteador do trabalho e a observação participante³ foi adotada como método de estudo, proporcionando uma compreensão mais ampla e significativa das dinâmicas envolvidas nesse processo.

Durante os meses em que estive no estágio, percorri os espaços, conversei com os(as) usuários(as) e familiares e observei a atuação da equipe profissional, com o intuito de entender a dinâmica de funcionamento do serviço, mas, sobretudo, de refletir sobre as barreiras que, a partir da minha percepção, surgiam como elementos impeditivos para a prestação de um cuidado psicossocial qualificado àquele público.

A partir da confrontação da minha experiência com a literatura especializada, que apresentei na seção acima, isolei três diferentes categorias relativas às barreiras de acesso no CAPSad pesquisado: as *barreiras estruturais*, as *barreiras atitudinais* e as *barreiras organizacionais*. O(A) leitor(a) encontrará nas seções abaixo uma análise, que não se quer exaustiva, de cada uma delas.

O exercício crítico que será apresentado precisa ser contextualizado, primeiro porque, a exemplo de Kant, penso a crítica menos como o tratamento negativo ou pejorativo de um tema do que o exame dos limites e das condições nas quais é possível refletir sobre ele. Em seguida, porque acredito que a constituição de uma rede de saúde mental que obedeça às diretrizes da reforma psiquiátrica é uma questão política.

³ A observação participante é um método qualitativo com raízes na pesquisa etnográfica tradicional que consiste na participação do pesquisador nas atividades cotidianas e no contexto relacionado a sua pesquisa. Esse método proporciona um contato maior com o contexto pesquisado, viabilizando uma compreensão mais aprofundada do objeto de estudo da pesquisa (MARIETTO, 2018).

Como tal, ainda que apresente, aqui, a crítica a um aparelho particular, é preciso, a todo tempo, evitar cair na cilada de individualizar o problema ou de culpabilizar os trabalhadores que estão na lida diária com os(as) usuários(as). Tratar um tema de forma política consiste em reconhecer as dinâmicas complexas de poder envolvidas na sua constituição e que aparecem materializadas na vida cotidiana.

2.1 Barreiras estruturais

A estrutura dos serviços em saúde mental corresponde a um elemento essencial para a garantia do acesso, pois uma boa estrutura pode ajudar a reduzir as barreiras físicas que muitas vezes o obstaculizam. Ademais, também é um fator importante para a promoção do cuidado efetivo em saúde, uma vez que, conforme a perspectiva de Sampaio e Junior (2021) citando Donabedian (1988), uma estrutura adequada pode contribuir para a efetividade do processo de cuidado e, conseqüentemente, para a obtenção de bons resultados.

O conceito de barreiras estruturais é importante para entender as limitações físicas e materiais que podem impedir o acesso e a efetividade dos serviços de saúde mental. Segundo Soares (2021), essas barreiras referem-se às *condições físicas do aparelho, aos recursos materiais* disponíveis e às *condições de acessibilidade do entorno e do espaço*. A partir da identificação das barreiras estruturais, é possível promover melhorias nas limitações que podem prejudicar o acesso do usuário e a efetividade do acolhimento.

A qualidade das estruturas dos serviços em saúde é fundamental para a garantia da qualidade do cuidado e da relação usuário-equipe-território. O Ministério da Saúde publicou, em 2015, o “Manual de orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA” no qual estabelece parâmetros para que as estruturas físicas desses serviços estejam de acordo com os princípios da RAPS.

As orientações devem prezar não apenas pelos aspectos sanitários, mas também pelos aspectos relacionados à *ambiência* dos serviços, visando proporcionar um lugar acolhedor e capaz de oferecer conforto físico e subjetivo para os usuários (SILVA, 2017). O conceito de *ambiência* na saúde surge com a Política Nacional de Humanização (PNH), que visa colocar em prática os princípios do SUS, por meio da qualificação da atenção e da gestão no cotidiano dos serviços oferecidos pelo sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A *ambiência* na saúde engloba diversos aspectos, tais como o espaço físico, social, profissional e as relações interpessoais, e deve estar em harmonia com um projeto de saúde que promova uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada. Baseia-se na valorização da confortabilidade, no reconhecimento do espaço como ferramenta facilitadora do processo de

trabalho e no seu entendimento enquanto um local de encontros entre os sujeitos. De acordo com o Humaniza SUS (2010), a ambiência também se baseia em componentes estéticos, sensíveis e afetivos. Desse modo, expressa-se, por exemplo, pelo olhar, olfato, audição, luminosidade, ruídos do ambiente, temperatura, bem como pela forma do acolhimento e a interação entre os trabalhadores e gestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Na área da saúde mental, a ambiência pode ser considerada como uma ferramenta capaz de potencializar o processo de reabilitação psicossocial, visto que um local confortável e que investe no sujeito pode favorecer a construção de espaços de liberdade, autonomia, cidadania, interação, construção de vínculos e expressão das subjetividades dos usuários. Desse modo, o ambiente pode ser considerado como um aspecto estruturante do cuidado, tendo em vista a influência que ele exerce na produção do mesmo (Willrich et al., 2013).

As "Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA", definem os ambientes mínimos necessários para os CAPSad, que incluem: espaços de acolhimento, áreas interna e externa de convivência, salas de atendimento individualizado, sanitários para ambos os sexos, entre outros. O cumprimento dessas orientações é crucial para a criação de um ambiente terapêutico e acolhedor, bem como para promover a integração e o bem-estar dos que o frequentam.

O CAPSad onde estagiei está situado em uma residência alugada, que foi adaptada para a implementação do serviço no centro da cidade. Apesar da sua localização privilegiada, o que facilita a chegada do usuário, as instalações são bem antigas. A quantidade de cômodos e a área do terreno não atendem às recomendações estabelecidas pelas Orientações do Ministério da Saúde. Abaixo, e servindo-me desse material norteador, vou apresentar cada um dos ambientes existentes no aparelho observado, descrever as limitações encontradas e sugerir, conseqüentemente, estratégias que possam melhor qualificá-lo.

a) O espaço de acolhimento

O espaço de acolhimento é uma parte fundamental do atendimento em um CAPSad, pois é onde ocorre o primeiro contato entre o usuário e a equipe da unidade. De acordo com o Ministério da Saúde (2015), esse espaço deve ser acessível e acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras e mesas para recepcionar as pessoas. No entanto, no espaço do CAPSad avaliado, não há uma separação clara entre a sala de recepção e a de acolhimento, já que ambas estão integradas, e além disso, a mobília é limitada e se reduz a algumas cadeiras, mural informativo, armários e balcão de recepção.

É importante levar em conta que as limitações estruturais podem afetar negativamente a experiência do usuário, sobretudo de quem chega pela primeira vez ao aparelho, prejudicando a sua adesão e permanência no local. Para melhoria desse aspecto, é fundamental que haja uma área específica para o processo de acolhimento. Para tornar essa área mais convidativa e adequada, é necessário que ocorra um investimento em mobília e em elementos decorativos, que possam proporcionar conforto físico e estético aos usuários e seus acompanhantes.

b) Recursos materiais

Durante o estágio, também foi possível observar a carência de recursos materiais para o conforto e bem-estar dos usuários. A falta de ventiladores é um exemplo disso, sobretudo numa cidade com médias de temperatura elevadas. Em dias de calor, principalmente durante o verão, a permanência no ambiente fica quase insuportável. Além disso, faltam itens simples, como televisores, jogos, mesas e cadeiras, que limitam as opções de interatividade, bem como as possibilidades de atividades a serem propostas pelos profissionais.

Outro fator relevante, é a falta de telefone fixo no serviço, o que dificulta o contato do usuário e da família com a equipe de saúde mental, gerando uma importante barreira de comunicação, que interfere na própria constituição de uma rede qualificada de tratamento. É importante ressaltar que esses recursos materiais são essenciais para garantir a qualidade dos serviços prestados e devem ser considerados como investimentos importantes e com um custo baixo para o funcionamento adequado do CAPSad.

c) Espaço de convivência

O espaço interno de convivência é um elemento fundamental para o funcionamento do CAPSad, uma vez que é um local pensado para promover o encontro entre os usuários, a circulação de pessoas, a troca de experiências, os bate-papos e os momentos culturais, conforme as orientações do próprio Ministério da Saúde (2015). No entanto, no CAPSad pesquisado, esse espaço é composto por apenas um ambiente, que também é usado como refeitório e sala de atividades grupais. Como resultado, há uma sobrecarga de uso do espaço, o que limita a possibilidade de desenvolvimento de ações, de circulação e, por conseguinte, de interação dos usuários no serviço. Sendo assim, é fundamental que o espaço interno seja repensado e separado das outras salas, a fim de proporcionar um ambiente mais adequado para a constituição dos processos de troca e vínculo entre os usuários(as), dos usuários(as) com a equipe de saúde e de ambos com os(as) acompanhantes.

d) Área externa de convivência

A área externa de convivência é um espaço importante para a promoção da saúde mental e bem-estar dos usuários do CAPSad. Conforme as orientações do Ministério da Saúde (2015), essa área deve ser ampla, arejada e projetada para permitir a realização de atividades individuais e grupais. No entanto, no CAPSad em questão, a área externa de convivência consiste em uma garagem, varanda, área coberta aos fundos e uma área a céu aberto com pouca ou nenhuma mobília. No cotidiano do serviço, muitos(as) usuários(as) expressam saudade das instalações antigas (que se localizava em outro lugar), uma vez que, segundo eles, era mais ampla, confortável, e possibilitava contato com a natureza.

Para a promoção de um ambiente mais bem adaptado, e refiro-me tanto à área interna quanto à área externa do serviço, é crucial uma reflexão sobre possíveis soluções criativas para a melhoria do espaço. Nesse sentido, a participação dos usuários deve ser levada em conta, visto que a criatividade e a experiência deles pode trazer ideias para qualificá-lo. Apropriar-se do espaço pode ser uma importante ferramenta para vinculação ao tratamento. Portanto, é preciso que a equipe de saúde envolva os(as) usuários(as) nessa discussão para que eles se sintam parte do processo de transformação do ambiente e, conseqüentemente, mais engajados e motivados a utilizá-lo.

e) Salas de atendimento individual

As salas de atendimento individual devem ser confortáveis, garantir privacidade aos (as) usuários(as) e familiares, e contar, para além de um mobiliário adequado - mesa, cadeiras, sofá e armário -, com recursos terapêuticos disponíveis para o uso e elementos decorativos que propiciem uma experiência estética acolhedora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). No CAPSad analisado, todavia, as três salas apresentam infraestrutura inadequada, com mobiliário velho e desgastado. Para melhorar as salas de atendimento individual, é necessário investir em uma renovação da infraestrutura, substituindo a mobília desgastada e insuficiente por móveis mais novos e mais confortáveis.

f) Os banheiros

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), é recomendado que os serviços de saúde disponham de pelo menos dois banheiros públicos, sendo um destinado ao uso feminino e outro ao masculino, ambos adaptados para pessoas com deficiência. Entretanto, no CAPSad em questão, existem três banheiros, sendo que um está localizado no interior de uma das salas individuais, outro é destinado aos funcionários, e somente um é liberado para uso dos(as)

usuários(as), independentemente do gênero. A falta de banheiros separados para homens e mulheres pode representar um risco à segurança e privacidade das mulheres, que podem se sentir desconfortáveis e vulneráveis diante dessas circunstâncias.

Ademais, o banheiro disponível não possui iluminação adequada e fica localizado na parte dos fundos do serviço, o que dificulta o acesso e a busca por ajuda em caso de necessidade. Outro aspecto relevante é *a falta de acessibilidade* dos banheiros, já que estes não possuem barras de apoio, piso antiderrapante, portas mais largas e nem um espaço suficiente para manobras de cadeiras de rodas. Portanto, esse espaço não se encontra adaptado para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

g) Acessibilidade

A questão da falta de acessibilidade também se estende aos outros ambientes do CAPSad e é possível identificar a existência de barreiras estruturais que inviabilizam o acesso e circulação das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida. Conforme previsto pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência: “É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário”. Além disso o Estatuto também determina que:

Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.” (Art. 25)

O acesso das pessoas com deficiência no CAPSad pesquisado é prejudicado por barreiras desde a entrada no serviço. Existem duas possibilidades de acesso às instalações internas - a entrada principal e a entrada lateral -, ambas com limitações de acessibilidade. Além disso, os corredores, portas e passagens internas são estreitos e não proporcionam uma circulação inclusiva e autônoma. Esses aspectos evidenciam que a estrutura física do serviço não é adequada às necessidades das pessoas com deficiência, comprometendo o acesso e participação de forma equitativa.

2.2 Barreiras atitudinais

As barreiras atitudinais referem-se ao estigma, preconceito e discriminação ligados aos (as) usuários(as), familiares e a seus modos de vida. De acordo com Goffman (1988), o *estigma* é um processo social no qual indivíduos são rotulados, categorizados e discriminados

com base em suas características pessoais, que podem ser percebidas como desviantes em relação às normas e valores da sociedade. Para Ronzani (2014), existe um círculo vicioso no qual o estigma encoraja o preconceito e a discriminação e estes reforçam a ocorrência do estigma. Nesse sentido, o preconceito e o estigma são processos sociais que geram como consequências: a discriminação, a categorização, a rotulagem, os estereótipos e a rejeição social (SOARES, 2021).

O estigma, o preconceito e a discriminação são ao mesmo tempo agravantes e consequências do uso indevido de álcool e outras drogas. O combate a eles está entre os princípios da RAPS. De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no atendimento aos usuários do CAPSad, os profissionais devem evitar juízos de valor segregadores, oportunizar o reconhecimento das singularidades de cada história e a legitimação da demanda de cada usuário (BRASIL, 2003; BRASIL, 2015).

Apesar das transformações atuais no modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ainda são bem intensos os discursos de conotação moral baseados em crenças deturpadas que historicamente foram atribuídas a essa população. Tais crenças desconsideram a complexidade dos aspectos que influenciam o uso de substâncias, o que, por conseguinte, contribui para a manutenção dos processos segregatórios. O julgamento moral e a acusação ao usuário por parte da população e dos(as) profissionais de saúde podem criar barreiras na qualidade do cuidado, que podem, dentre outras coisas, levar à própria exclusão dos serviços de saúde mental (PAIVA et. al, 2014; RONZANI, 2014).

Algumas *percepções estigmatizantes* que estão presentes no cenário dos serviços de saúde são as de que os(as) usuários são moralmente fracos, que não têm força de vontade, que são violentos e perigosos e/ou de que não têm Deus em suas vidas. Muitas vezes, os(as) profissionais que possuem essas percepções acreditam que os(a) usuários(as) não irão conseguir parar de consumir drogas e, conseqüentemente, podem acabar não tendo motivação para desenvolver estratégias que apostem no tratamento (RONZANI, 2014).

Durante a minha experiência, ficou evidente que os profissionais tinham percepções estigmatizantes, pessimistas e deterministas em relação a alguns usuários e isso afetava negativamente o tratamento oferecido. Como resultado, esses aspectos têm contribuído para a falta de iniciativas que apostem na construção de saídas possíveis que levem em consideração a especificidade da relação de cada usuário com o objeto droga.

É importante redimensionar essa concepção da equipe sobre a dependência e sobre o(a) usuário(a), buscando desenvolver um olhar que esteja aberto para pensar, a cada vez, com cada sujeito, os limites e os alcances para o seu caso, refazendo a aposta na contingência e no

caráter parcial das soluções que podem ser artesanalmente tecidas. Afinal “quem não espera, fecha definitivamente as portas para o encontro, pois este só é possível quando se espera, quando existe uma abertura interior para o encontro” (ROCHA, 2007, p. 259).

Outra barreira atitudinal presente no CAPSad analisado refere-se aos *discursos disciplinadores* que são direcionados aos(a) usuários(as) que apresentam comportamentos que transgridem as normas institucionais e que não se alinham às expectativas da equipe profissional. Observa-se a adoção de um modelo disciplinar⁴, que resulta na reprodução de uma prática vigilante direcionada justamente aqueles(as) que o serviço deveria acolher, visto que é típico da loucura e de outras formas de sofrimento mental, certa confrontação com a norma e a normatividade.

Durante minha experiência, também pude observar os efeitos do discurso disciplinador a partir de um outro lugar: o das relações de gênero. É válido ressaltar que há um contraste de gênero entre a equipe de trabalho – formada quase toda por mulheres - e os usuários do serviço - quase todos homens. Essa diferença produz, no cotidiano, uma necessidade implícita, por causa das mazelas do machismo: as profissionais, visando serem escutadas e reconhecidas, muitas vezes agem com “pulso firme”, isto é, falam com certa rispidez no diálogo com os usuários.

Considero que independentemente do contexto, e de alguma justificativa que essa forma de agir possa comportar, ela tende a ter como efeito colateral grave a perpetuação da lógica manicomial, uma vez que reforça certas posições verticais e autoritárias. O tema da relação de gênero precisa ser introduzido nos serviços de saúde mental de uma outra forma, a partir das experiências em grupo, afinal sabemos da alta correlação que há entre o uso do álcool e outras drogas e a violência doméstica.

Uma outra barreira atitudinal que está presente no serviço é a *do estigma internalizado*. De acordo com Ronzani (2014), “como uma consequência direta da percepção do estigma, os usuários podem passar a concordar com essa visão negativa da sociedade e aplicar os estereótipos negativos a si próprios, o que caracteriza o estigma internalizado” (p. 11), que pode gerar consequências sociais, de saúde e psicológicas. Entre os efeitos sociais estão os problemas familiares, a exclusão social, o desemprego e as disparidades. Entre as

⁴ De acordo com Foucault, a disciplinarização refere-se ao controle social exercido através de mecanismos disciplinares que atuam sobre os indivíduos para moldá-los e torná-los obedientes, dentro do que é considerado normal socialmente (FOUCAULT, 1987). O processo de disciplinarização pode ser considerado prejudicial, uma vez que reforça o controle social e a normalização dos corpos e comportamentos, muitas vezes de forma opressiva e autoritária. Esse processo pode gerar uma série de efeitos negativos, como a negação da individualidade e das diferenças, a imposição de padrões e normas que podem ser injustas e excludentes, além de promover a submissão e a passividade das pessoas em relação aos poderes instituídos.

implicações para saúde, podem estar o agravamento da condição de dependência, a recusa em buscar ajuda e a baixa adesão ao tratamento. Entre decorrências psicológicas, estão a culpa, a vergonha, a raiva, angústia, auto-reprovação, a diminuição da autoeficácia e a diminuição da autoestima (RONZANI, 2014).

No cotidiano do CAPSad em análise, o processo de estigmatização interna se apresenta, entre os(as) usuários(as), tanto de forma implícita quanto de forma explícita. Em uma roda de conversa sobre Redução de Danos, por exemplo, uma usuária do serviço relatou sobre o quanto o olhar negativo da irmã a fazia se sentir incapaz de deixar de fazer o uso da droga. Segundo ela, antes, quando dizia para a irmã “- Vou parar de beber”, a resposta “- Eu duvido”, reforçava a ideia de sua impotência e incapacidade, o que, ao produzir uma sensação de desconfiança e fracasso, gerava como efeito a própria intensificação do uso. Todavia, quando a irmã mudou a sua postura e a encorajou, ela passou a ter mais esperança na sua recuperação e isso tem ajudado a melhorar o olhar que tem sobre si mesma. Durante a roda de conversa, outros participantes também relataram situações semelhantes.

Ronzani (2014) apresenta duas estratégias que podem promover a redução do estigma e contribuir para a diminuição das barreiras atitudinais no CAPSad analisado: a de *redução do estigma social* e a de *redução do estigma internalizado*. No que se refere à primeira, existem as de *protesto*, que se referem à mobilização social em torno de uma proposta de ampliação da compreensão dos diferentes fatores relacionados à dependência química; *as de contato*, que tem como objetivo a promoção do contato com a dimensão singular da biografia e do sofrimento de cada usuário, o que pode modificar parte do discurso normativo, disciplinador e moral que se tem a respeito deles, e as de *educação*, que visa transformar as atitudes e comportamentos sociais por meio de campanhas, apresentações, discussões, simulações e filmes voltadas para a população do território. No que se refere à segunda, existem as de *autonomia*, que visa tornar o sujeito ativo no seu processo de recuperação e as de *grupos de suporte*, que podem promover a constituição de um espaço de compartilhamento de experiências, de uma rede de apoio mútuo e de conseqüente encorajamento para adesão ao tratamento (RONZANI, 2014).

2.3 Barreiras organizacionais

De acordo com Soares (2021), as barreiras organizacionais referem-se ao “*processo de organização do trabalho dentro do serviço; articulação de fluxos de cuidado e dinâmicas intra/intersectoriais*”. Segundo Assis (2012), essa dimensão se baseia na capacidade dos serviços em oferecer respostas objetivas e adequadas aos problemas apresentados pelos(as)

usuários(as). Para que eles possam garantir a efetividade e eficácia no atendimento, é necessário que eles sejam capazes de organizar os seus processos de trabalho.

O CAPSad em análise tem enfrentado barreiras organizacionais que comprometem a garantia da efetivação de um atendimento baseado em uma perspectiva *desinstitucionalizada* e centrada no cuidado. Dentre essas barreiras organizacionais, destacam-se: a falta de capacitação dos profissionais para atuar na lógica da atenção psicossocial; a alta rotatividade dos profissionais, o que compromete a continuidade e a qualidade do cuidado; a oferta de dias de atendimento abaixo da demanda necessária, o que tem impactado negativamente na efetividade do trabalho desenvolvido; a falta de investimento em processos de qualificação da equipe, como a educação permanente, que poderia contribuir para a melhoria das práticas desenvolvidas; bem como a falta de assembleias de saúde para promoção de diálogos democráticos e horizontalizados.

A expansão da rede de serviços públicos de saúde mental nas últimas décadas não tem sido compatível com a oferta de cursos de capacitação para (as) os profissionais, o que tem impactado nas práticas desenvolvidas nas RAPS. Nos cursos de graduação em saúde, o tema da saúde mental é costumeiramente abordado de forma rápida e superficial, muitas vezes com base em um modelo biológico e medicamentoso, sem um cuidado sistemático com o conhecimento da complexidade do campo, e sem uma preparação para os desafios que a constituição de uma rede substitutiva ao modelo manicomial exige. Isso significa que na maior parte dos municípios do país - e o interior da Bahia está longe de ser uma exceção -, os profissionais contratados para atuar na rede quase nunca possuem conhecimentos específicos para a atuação na área, uma vez que desconhecem a triste história da loucura no mundo Ocidental e todo o movimento intenso de luta política que produziu a reforma psiquiátrica brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; SILVA, 2013).

Essa ausência de capacitação adequada dos profissionais na área da saúde mental é uma marca evidente no CAPSad que estou analisando. Ela representa uma barreira organizacional significativa - diria até hiperbólica - para a organização do trabalho em consonância com os princípios e diretrizes da atual política de saúde mental brasileira. Ela impacta, dentre outras coisas, como já destaquei antes, na aposta que a equipe é capaz de fazer no trabalho terapêutico e nas elaborações individuais que cada sujeito pode engendrar; ela tende a reforçar os estigmas sociais dos(as) usuários(as) de drogas; e tende a produzir uma descrença na Redução de danos como uma política de saúde possível e desejável para o público que atende.

Nessa perspectiva, uma forma de suprir parte desse problema está no investimento em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), visando o aprimoramento e a reflexão contínua sobre as práticas desenvolvidas no serviço, produzindo a qualificação das ações e mudanças nas práticas de formação em saúde.

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que reconhece o cotidiano como um lugar de aprendizagem e visa promover a formação e aperfeiçoamento dos profissionais, a partir dos problemas cotidianos referentes ao trabalho desenvolvido. Essa estratégia pode possibilitar a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços, bem como o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (HumanizaSUS, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Infelizmente, durante meu tempo de estágio, não presenciei nenhuma chamada para EPS. Além da falta de ações e discussões relacionadas à Educação Permanente em Saúde (EPS), é possível observar que a frequência da ocorrência de *Assembleias* é relativamente baixa, e quando elas ocorrem, não são amplamente divulgadas para os usuários do serviço.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a Assembleia é um espaço importante que reúne técnicos, usuários, familiares e convidados para discutir e avaliar questões referentes ao funcionamento do CAPS. Essa instância é capaz de proporcionar a participação ativa dos usuários nos processos decisórios do serviço, por meio de diálogos democráticos em que todos os participantes têm voz e espaço para expressar suas perspectivas e ideias. Desse modo, a assembleia se consolida como um importante espaço de construção coletiva e de fortalecimento da democracia participativa no campo da saúde mental.

A não participação dos usuários nas Assembleias pode prejudicar o funcionamento efetivo dos CAPS e comprometer a existência de relações dialógicas e horizontalizadas entre a equipe de profissionais e os usuários. Por conseguinte, isso pode levar a tomada de decisões que desconsideram as necessidades e perspectivas dos usuários e seus familiares, que são os principais interessados nos serviços prestados pelos CAPS. Para uma gestão mais participativa e transparente, é essencial que as assembleias sejam realizadas com regularidade e que os usuários tenham um papel ativo e decisivo na tomada de decisões que afetam diretamente as suas vidas.

Outra barreira organizacional que também está presente no serviço refere-se à alta rotatividade de profissionais. Somente durante a minha experiência de estágio, que durou poucos meses, duas funcionárias foram desligadas, um pediu desligamento e cinco novos foram contratados. A alta rotatividade, que, nesse caso, está associada à precarização das

relações de trabalho⁵, tem impacto negativo tanto para os profissionais, quanto para os usuários, gerando inúmeros desafios para ambos.

Entre os desafios decorrentes da alta rotatividade estão a perda da continuidade no tratamento, a necessidade de tempo para que novos funcionários se familiarizem com os casos e com o trabalho, o desconhecimento dos protocolos internos, a dificuldade de produzir uma coesão tanto entre equipe profissional e dela com o território, assim como a dificuldade de estabelecer um trabalho efetivo de constituição de uma rede de atenção à saúde mental no município. Além desses fatores, um serviço com alta rotatividade também pode gerar a fragilização dos vínculos entre usuários e profissionais devido à necessidade de tempo para se estabelecer relações de confiança e continuidade, assim como também pode gerar um clima organizacional de instabilidade e insegurança que dificulta a constituição de um trabalho em equipe consistente.

Em relação ao funcionamento do CAPSad, as sextas-feiras foram reservadas para consultas médicas e às quintas-feiras para reuniões entre a equipe. Por conta disso, o atendimento integral aos usuários(as) está sendo ofertado apenas de segunda a quarta-feira, o que tem gerado insatisfação. Essa redução dos dias tem efeitos negativos, como a falta de acesso a todas as refeições que são oferecidas no serviço, o aumento do tempo ocioso entre usuários(as), sobretudo nas sextas-feiras, que, pela proximidade com o final de semana, tende a gerar maior disponibilidade para o uso do álcool e outras drogas.

Nesse sentido, pode ser adequado que ocorram mudanças, como a reorganização do cronograma de reuniões, para que elas não afetem o atendimento integral, a oferta de atendimentos em outros dias da semana ou a disponibilização de recursos adicionais que garantam a segurança alimentar e a diminuição da ociosidade dos usuários nos dias sem atendimento integral.

No CAPSad analisado também foi possível identificar uma significativa barreira referente a informatização dos dados. As informações dos atendimentos individuais e das atividades em grupo são registradas manualmente nos prontuários e nos livros de atividades, exigindo posterior digitação nos sistemas de informação municipais. Esse método de trabalho acarreta atrasos e desperdício de tempo, prejudicando a qualidade e a eficiência dos serviços prestados, especialmente devido à disponibilidade restrita de apenas um computador em funcionamento.

⁵ Os profissionais do serviço analisado são contratados, normalmente por meio de indicações políticas, e portanto, não há funcionários concursados para exercer as atividades. Além disso, a remuneração dos profissionais é costumeiramente baixa, o que deixa o trabalho pouco atrativo (nota da autora).

Para superar essa limitação, é crucial implementar um sistema de informatização integrado. A adoção de um sistema eletrônico pode permitir o registro direto das informações, eliminando a necessidade de dupla digitação e agilizando o fluxo de registro. Além disso, seria benéfico aumentar o número de computadores disponíveis. Dessa forma, seria possível otimizar os processos de registro de informações, melhorar a tomada de decisões e proporcionar um atendimento mais ágil e preciso aos usuários do serviço.

A partir da informatização integrada e aumento do número de computadores, seria possível que o serviço adotasse como ferramenta o uso de prontuários eletrônicos. Nessa ferramenta é possível fazer registros digitais em tempo real e isso pode facilitar o trabalho, proporcionar uma melhor organização e um melhor acesso às informações atualizadas dos usuários, o que pode contribuir com a efetividade do trabalho no CAPSad em questão.

Além disso, a falta de informatização não apenas afeta a eficiência operacional, mas também impede a construção de dados precisos e confiáveis, visto que esses dados podem possibilitar a extração de informações estatísticas relevantes que são essenciais para embasar a formulação de políticas públicas mais eficazes que contemplem a necessidade da população.

3. De uma clínica degradada rumo a uma clínica ampliada

A análise realizada revela que as diversas dificuldades e limitações identificadas têm colaborado para que o CAPSad em análise assuma características do modelo *da clínica degradada*. Segundo Campos (1996), a Clínica Degradada é aquela que tem sua potencialidade para resolver problemas de saúde limitada, sendo que a degradação resulta da mistura de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado dos profissionais que a praticam. Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de construção de um trabalho que esteja alinhado com os preceitos da *Clínica Ampliada*, que é uma das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização para qualificar o modo de se fazer saúde e baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença do sujeito.

A perspectiva da Clínica Ampliada propõe uma reorganização dos processos de trabalho, visando superar o modelo biomédico centrado no diagnóstico e tratamento da doença, para adotar um modelo de atenção integral e humanizada, que valorize a escuta e a construção coletiva de soluções, envolvendo não apenas os profissionais de saúde, mas também os usuários e a comunidade em geral. Dessa forma, espera-se promover uma transformação na prática de saúde, contribuindo para a resolução dos problemas e o fortalecimento do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Para ir de uma clínica degradada rumo a uma clínica ampliada, torna-se essencial a adoção de uma abordagem que vá além do mero diagnóstico, considerando as particularidades e diferenças individuais, e expandindo o escopo de atuação para abranger a vida, história, subjetividade, família e contexto territorial de cada sujeito. Dessa forma, poderá ser fomentada a produção de saúde e fortalecimento da autonomia, por meio do estabelecimento de vínculos, integração da equipe multiprofissional, diversificação dos recursos de intervenção no processo saúde-doença, e elaboração de projetos terapêuticos que considerem as especificidades de cada caso.

4. Considerações finais

A partir da minha experiência de estágio - e da reflexão sobre ela tendo como referência a bibliografia consultada -, tornou-se evidente a importância e a potência da atual política brasileira de saúde mental para o tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Contudo, a prática no CAPSad também me ensinou sobre a existência de uma grande lacuna entre a prescrição legal e a prática cotidiana. Dentre da longa série de obstáculos que, ali, eram impeditivas para constituição de um cuidado psicossocial qualificado, julguei oportuno tomar um elemento - as barreiras de acesso dos(as) usuários(as) ao serviço - como meu objeto prioritário de estudo. Esse recorte me permitiu avaliar uma das dimensões que compunham parte dos problemas observados e a pensar em algumas soluções possíveis. Partindo da observação participante e da leitura especializada sobre barreiras de acesso em saúde, elegi três principais barreiras de acesso ao CAPSad pesquisado – estruturais, atitudinais e organizacionais – e, analisando-as, pude chegar às conclusões que se seguem.

As barreiras estruturais foram percebidas como um grande obstáculo para a efetivação da assistência em saúde mental no serviço e, portanto, torna-se fundamental a realização de investimentos que visem reparar as limitações das condições físicas do espaço, bem como uma investigação com foco na falta de acessibilidade que tem impedido o acesso de pessoas com deficiência a determinados ambientes do aparelho. É necessário reconhecer este problema para que medidas voltadas à melhoria do serviço sejam adotadas, em conformidade com o que é previsto pelas diretrizes da RAPS, que preconizam a garantia do acesso e da qualidade do serviço, além da atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (BRASIL, 2011).

A existência de barreiras atitudinais demonstrou as dissonâncias entre a proposta de atenção humanizada e a realidade observada no serviço. A humanização do atendimento em saúde mental deve estar pautada no respeito à dignidade humana, na valorização da

singularidade de cada indivíduo e no compromisso com a promoção da qualidade de vida e bem-estar dos usuários. Portanto, é essencial que ocorra o reconhecimento de que atitudes estigmatizantes, discriminatórias e preconceituosas podem comprometer o processo de recuperação dos usuários e contribuir para a perpetuação do estigma e da exclusão social. A partir desse reconhecimento, medidas voltadas para o combate às atitudes discriminatórias e preconceituosas devem ser adotadas, contribuindo com a redução das barreiras atitudinais observadas (BRASIL, 2010).

As barreiras organizacionais, por sua vez, se apresentaram como um impasse significativo para o alcance da garantia da qualidade e da efetividade da atenção prestada. A organização é um elemento-chave para o funcionamento adequado das instituições de saúde e sem investimentos nesse quesito, todos os outros aspectos acabam sendo prejudicados. Portanto, é fundamental que haja um olhar aprofundado sobre essa barreira para que ocorra uma mobilização em prol da sua superação através de estratégias que promovam a otimização dos processos organizacionais, a capacitação dos profissionais de saúde e o fortalecimento da gestão participativa e democrática. Dessa forma, será possível implementar melhorias na organização que irão impactar positivamente na qualidade do serviço prestado.

A *superação das barreiras* identificadas no decorrer desse estudo é um desafio que requer a participação ativa e colaborativa de diferentes atores sociais, a fim de que o CAPSad possa cumprir suas funções e proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários. Para isso, é necessário que haja um esforço conjunto envolvendo toda a sociedade, desde o poder público municipal, que precisa definir uma diretriz política que aposte no modelo da Reforma Psiquiátrica e na redução de danos – e não em modelos de tratamento como o das comunidades terapêuticas, que têm repetido práticas manicomialis – até os profissionais da ponta. É imprescindível um compromisso político com a saúde mental e a adoção de políticas públicas que assegurem o acesso universal aos serviços de saúde mental e que garantam a promoção de qualidade de vida e bem-estar da população. Somente assim, poderemos avançar rumo a uma sociedade mais justa e inclusiva, em que todos possam desfrutar dos seus direitos à saúde e à cidadania.

5. Referências bibliográficas

Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, Santos NLP, Silva E, Vianna, L. **O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde.** In: Merhy EE, Gomes PC. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

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

ASSIS, M. M. A., & JESUS, W. L. A. de .. (2012). **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865–2875.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. **Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família.** *Escola Anna Nery* [online]. 2010, v. 14, n. 1, p. 131-137.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas /** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3088,** de 23 de dezembro de 2011. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial 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). Brasília, DF; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil, 2015, Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

CAMPOS, G.W. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** 1997b mimeo DMPS-UNICAMP.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia. 2. ed. Brasília : CFP, 2019.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – ed. rev. — Brasília : CFP , 2013.

DOMANICO, Ana. **Saúde mental e políticas públicas: uma análise crítica da produção acadêmica na área da psicologia.** 1 ed. Curitiba: CRV, 2021.

FARIA, R.M. de, BORTOLOZZI, A. **A territorialização como proposta para organização da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): análise de uma prática geográfica da saúde.** Geografia, v. 37, n. 3, p. 431-444, set./dez. 2012.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhte. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. **PROADESS - Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde. / Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Direito Sanitário — Brasília : Ministério da Saúde, Prodisa/Fiocruz, 2021.

GOFFMAN, E. (1988). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Zahar.

MARIETTO, M. L. (2018). **Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos.** Revista Ibero Americana de Estratégia, 17(4), 05-18. Recuperado de [URL]

Ministério da Saúde (BR). Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/MS; 2010.

Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

PAIVA, F. S., Ferreira M. L., Martins M. Z. F., Barros S. L. C. F., & Ronzani T. M. (2014). **A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas.** Psicologia e Sociedade, 26(3), 696-706.

ROCHA Z. Esperança não é esperar, é caminhar. **Reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas.** Rev latinoam psicopatol fundam [Internet]. 2007Apr;10(2):255–73.

RONZANI, Telmo Mota. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas : guia para profissionais e gestores** / Telmo Mota Ronzani, Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira ; colaboradores Ana Luísa Marlière Casela ... [et al.] – Juiz de Fora : Editora UFJF, 2014. 24 p.

SAMPAIO ML, Bispo Júnior JP. **Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental.** Cad Saúde Pública. 2021.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SOARES, Hugo Leonardo Rodrigues. **Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS: revisão da literatura** / Hugo Leonardo Rodrigues Soares. -- 2022. 183 p.

SILVA, Sarah Nascimento e Lima, Marina Guimarães. **Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2017, v. 26, n. 1, pp. 149-160.

TRAVASSOS C, Martins M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004; 20: S190–8.

WILLRICH, J. Q., Bielemann, V. L., Chiavagatti, F. G., Kantorski, L. P., & Borges, L. R. (2013). **Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico.** Revista De Enfermagem Da UFSM, 3(2), 248–258.