

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES TRANSFERIDOS DO CAPS II PARA O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: AVANÇO NO ACOMPANHAMENTO OU DESASSISTÊNCIA?

THERAPEUTIC ITINERARIES OF PATIENTS TRANSFERRED FROM CAPS II TO MENTAL HEALTH OUTPATIENT SERVICES: ADVANCEMENT IN CARE OU LACK OF ASSISTANCE?

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE PACIENTES TRANSFERIDOS DEL CAPS II AL AMBULATORIO DE SALUD MENTAL: ¿AVANCE EN LA ATENCIÓN O DESASISTENCIA?

Larissa Nascimento Pinto¹

Rafael Coelho Rodrigues²

RESUMO: Esse artigo buscou analisar o itinerário terapêutico de usuários em sofrimento psíquico grave transferidos do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) para um Ambulatório de Saúde Mental em um município do Recôncavo da Bahia, no período de 2022 a 2024. Trata-se de uma pesquisa documental, realizada a partir da análise de 127 prontuários, com o objetivo de investigar os motivos das transferências, as modalidades de cuidado ofertadas e os desdobramentos clínicos após o encaminhamento. Os resultados evidenciaram que a maioria dos usuários recebeu acompanhamento centrado na medicalização, sendo 60,7% atendidos apenas com medicação presencial, enquanto 26,2% tiveram administração domiciliar de medicamentos e apenas 13,1% acesso simultâneo à psicoterapia. As principais justificativas para transferência foram a não adesão ao CAPS e dificuldades de locomoção, além de elevado número de registros sem justificativa. Observou-se ainda a ocorrência de crises em parte significativa dos casos e ausência de acompanhamento posterior para alguns usuários. Conclui-se que há fragilidades nos fluxos da Rede de Atenção Psicossocial, indicando a necessidade de revisão dos processos de transferência e fortalecimento do cuidado territorial.

Palavras-chave: Saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial. Medicalização.

¹ Psicóloga, Especialista em Gestão em Saúde e Bacharela Interdisciplinar em Saúde – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

² Doutor em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente no Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – CCS/UFRB.

ABSTRACT: This article aimed to analyze the therapeutic itineraries of users experiencing severe psychological distress who were transferred from a Psychosocial Care Center II (CAPS II) to a Mental Health Outpatient Clinic in a municipality in the Recôncavo region of Bahia, between 2022 and 2024. This is a documentary study based on the analysis of 127 medical records, seeking to investigate the reasons for transfers, the types of care provided, and the clinical outcomes following referral. The results showed that most users received care centered on medicalization, with 60.7% receiving only in-person medication, 26.2% receiving home-based medication administration, and only 13.1% having simultaneous access to psychotherapy. The main reasons for transfer were non-adherence to CAPS and mobility difficulties, along with a high number of cases without recorded justification. It was also observed that a significant portion of users experienced crises after referral.

Keywords: Mental Health. Psychosocial Care Center. Medicalization.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar los itinerarios terapéuticos de usuarios en sufrimiento psíquico grave transferidos de un Centro de Atención Psicosocial II (CAPS II) a un Ambulatorio de Salud Mental en un municipio del Recôncavo de Bahía, entre 2022 y 2024. Se trata de un estudio documental, basado en el análisis de 127 historias clínicas, con el fin de investigar los motivos de las transferencias, las modalidades de atención ofrecidas y los resultados clínicos posteriores al traslado. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los usuarios recibió atención centrada en la medicalización, siendo que el 60,7% recibió únicamente medicación presencial, el 26,2% administración domiciliar de medicamentos y solo el 13,1% tuvo acceso simultáneo a psicoterapia. Las principales razones de transferencia fueron la no adhesión al CAPS y las dificultades de movilidad, además de un alto número de casos sin justificación registrada. También se observó la ocurrencia de crisis en una parte significativa de los usuarios y la ausencia de seguimiento en algunos casos. Se concluye que existen fragilidades en la Red de Atención Psicosocial, lo que indica la necesidad de revisar los procesos de transferencia y fortalecer el cuidado territorial.

Palabras clave: Salud Mental. Centro de Atención Psicosocial. Medicalización.

INTRODUÇÃO

Abrir gavetas, tocar nos prontuários, sentir a poeira impregnada nos papeis. Esse pode ser apenas o caminho de uma pesquisa, mas, na verdade, é o ponto de corte dessa experiência. Cada gaveta aberta, cada prontuário manuseado, cada partícula de poeira que fica em minhas mãos me conecta a essas histórias, levando-as comigo para além do ato de coletar dados. Penso naquelas informações, como o sujeito que elas deveriam representar, mas não o fazem. Informações por vezes tão mínimas que cabem

em apenas uma folha de ofício, que não demarcam raça/cor, que não nos contam sobre uma trajetória de cuidado e que apresentam um usuário que parece não ser visto pelo serviço ou pela sociedade, mas é contabilizado como dado pela medicação que o consome ou pelo número crises e internações que já enfrentou.

Assim, partindo do desejo de fortalecer uma prática profissional antimanicomial, esse texto nasce da inquietação frente às violações de direitos e supressão da vida dos sujeitos dentro de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que ainda permanece, em parte, presa à lógica manicomial. Construir essa rede, que não dicotomiza o existir entre sujeito ou vida e clínica ou política e que repensa os espaços de cuidado para não mais produzir identidades cronificadas, abrange não apenas aos domínios e relações visíveis, mas, sobretudo, um domínio micropolítico de sensibilidade, de inteligência e de desejo (Guattari, 2024; Gil, 2004; Lancetti, 2016).

Paulo Amarante (2021) afirma que, desde seu início, demarcado a partir de 1976, o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) propõe a construção de um novo lugar social para a loucura, visando transformar as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições manicomiais, desassociando a ideia de loucura a de perigo e risco; além de pautar o cuidado coletivo e em território através do afeto, do reconhecimento do outro dito louco e de sua singularidade, fazendo dos serviços de cuidado territórios de produção de vida e não de morte. Assim, a criação de uma rede substitutiva de serviços ao hospital psiquiátrico foi uma das estratégias desenvolvidas pela RPB com o objetivo de alterar o modelo de atenção ao sofrimento psíquico, anteriormente pautado quase exclusivamente no modelo hospitalocêntrico.

3

Seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado em 1990, a RPB busca propiciar, a partir de tais serviços, um cuidado pautado no modelo psicossocial, realizado no território, em liberdade e baseado em direitos (Brasil, 2001; Brasil, 2013). A partir da Lei 10.216/2001, tem início uma real mudança no cenário assistencial em saúde mental, traduzida em uma importante rede de serviços de caráter extra-hospitalar, inseridos na comunidade e programados para ampliar práticas e projetos de cuidado com forte relação intra e intersectorial.

Nesse contexto, estão os ambulatórios de saúde mental que, na década de 80, são colocados como uma alternativa ao manicômio, ocorrendo a expansão da rede ambulatorial extramuros, na busca de ressignificar o fenômeno do adoecimento mental e construir novos modelos de cuidado (Severo; Dimenstein, 2011). Desde esse período, o ambulatório é um serviço que tem como ofertas terapêuticas consultas psiquiátricas e psicológicas, podendo ter, em alguns casos, atendimentos em grupos e serviço social. Contudo, parece ficar restrito, de acordo com Tenório (2001), ainda a um modelo hospitalocêntrico/sintomatológico, resultando numa “ambulatorização” da assistência psiquiátrica, centrada no atendimento médico e na psicofarmacologia.

Severo e Dimenstein (2011), salientam que o ambulatório mantém uma lógica de atendimentos centrados na doença, em atendimentos isolados, sem acessar os serviços comunitários e da rede intersetorial, sendo assim, resquício de uma lógica hospitalocêntrica. Sakai (2018) corrobora com essa afirmativa ao pesquisar a atenção ambulatorial em saúde mental para a infância e adolescência no estado da Bahia, e identificar que os ambulatórios tradicionais representam, historicamente, o modelo hegemônico de assistência, centrado na clínica médica privatista, sendo um modelo criticado nos processos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, principalmente, por “trabalhar a partir do enfoque biomédico, ser pouco eficiente, não tomar o indivíduo em sua integralidade e por funcionar de forma desarticulada da rede de saúde e de outros setores fundamentais para promoção da saúde” (Sakai, 2018, p. 81).

Apesar dessas críticas, os ambulatórios vêm ganhando espaço na Rede de Atenção Psicossocial, especialmente diante do aumento do sofrimento psíquico na população brasileira. Este equipamento ambulatorial foi amplamente financiado no governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), descritos pela nota técnica Nº 17/2022 como Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental, e devem ser destinados para pessoas que apresentem transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, referenciadas pela Atenção Básica e pelos CAPS, em serviços especializados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2022).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 757/2023, que revogou a Portaria nº 3.588/2017, houve uma reorientação da política nacional de saúde mental (Brasil, 2023; Brasil, 2017). Embora não tenha promovido a retirada formal dos ambulatórios da RAPS, a revogação do marco normativo anterior produziu efeitos sobre o desenho institucional da rede, deslocando a centralidade atribuída ao modelo ambulatorial no período precedente. Dessa forma, observa-se não uma exclusão do dispositivo, mas uma redefinição de seu lugar e função na política pública, com reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do cuidado territorial e comunitário.

Os casos que envolvem sofrimento psíquico leve são prioritariamente atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que compõem a Atenção Primária à Saúde. Entretanto, historicamente, a atenção primária tem enfrentado dificuldades em acolher tais demandas, o que contribui para um volume expressivo de encaminhamentos aos ambulatórios públicos de saúde mental ou mesmo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Onocko-Campos et al., 2012). À vista disso, o ambulatório parece assumir uma função relevante na rede assistencial, sobretudo ao “poupar dos casos menos graves as estruturas mais complexas” (Tenório, 2001, p. 90), ainda que permaneçam tensionamentos quanto à sua conformação e à sua articulação com a lógica territorial preconizada pela atenção psicossocial.

Esse cenário também é a realidade da RAPS de um município da região do Recôncavo da Bahia, com aproximadamente 103 mil habitantes (IBGE, 2022). A rede de saúde mental deste município é

composta por um CAPS II, um CAPS IJ, um CAPS AD, pelo Ambulatório de Saúde Mental, por 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O município também dispõe de um Hospital Geral Regional, no qual comumente chegam casos de sofrimento psíquico, entretanto, não possui leitos de saúde mental credenciados. Além disso, é importante evidenciar que atualmente há registros da existência de Comunidades Terapêuticas (CT), localizadas na zona rural do município que, apesar das denúncias expostas no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público Federal e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (2018), tem tido expressivo aumento de financiamento público expandindo consideravelmente o número de pessoas abrigadas (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018).

À vista disso, neste município, o CAPS II funciona com uma estrutura física conjunta com o ambulatório de Saúde Mental, o que dificulta a compreensão da diferença das modalidades de cuidado prestados em ambos os serviços. A nota técnica Nº 17/2022 evidencia que os CAPS diferenciam-se dos ambulatórios de saúde mental pela necessidade e intensidade das intervenções, sendo que os primeiros, regulamentados a partir da Portaria nº 336/2002, têm como objetivo oferecer serviços de saúde abertos para a comunidade, com uma equipe diversificada trabalhando em conjunto para atender prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (Brasil, 2002).

Tendo em vista as diferentes funções dos ambulatórios e dos CAPS na RAPS, temos identificado, nesse município do Recôncavo da Bahia, casos graves de sofrimento psíquico em que usuários/as da rede de atenção psicossocial não conseguem se adaptar à rotina diária do CAPS II e, por conta disso, são encaminhados para o ambulatório de saúde mental. Assim, essa pesquisa busca mapear o itinerário terapêutico de casos graves de sofrimento psíquico com o intuito de verificar se os encaminhamentos do CAPS II para o ambulatório de saúde mental ocasionam, por vezes, desassistência, perpetuação de violências e contribuem para a ocorrência de situações agudas de sofrimento psíquico. Dessa forma, esse trabalho está vinculado a uma produção de conhecimento implicado no questionamento da própria prática de cuidado em saúde mental e na transformação dos conhecimentos e práticas que ditam padrões universais para conduzir a vida (Abrahão et al., 2014), intervindo a partir do próprio ato de pesquisar ao ocupar os espaços da RAPS deste município, acompanhar os processos que surgem no cotidiano da prática profissional (Passos et al., 2020) e, assim, mobilizar-se enquanto pesquisadores in-mundo (Gomes, M. P. C.; Mehry, E. E., 2014).

MÉTODOS

Entendendo os prontuários como “além de um recurso útil para a continuidade dos cuidados em saúde, fontes que podem subsidiar a análise, o estudo e a avaliação da qualidade do serviço de saúde.” (Pegoraro; Vicentin, p. 235, 2024), a metodologia utilizada foi a pesquisa documental como método de investigação, uma vez que possibilita o acesso às fontes primárias de informações, ou seja, aos dados que têm correspondência direta com os fatos que serão analisados (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009) e que não sofreram interferências de outros autores (Kripka; Schelller; Bonotto, 2015).

A coleta de dados para o processo de investigação desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/UFRB, sob o CAAE 85564424.5.0000.0056, através do parecer n. 7.613.708. Foram coletados dados de 127 prontuários que envolveram transferência de pacientes do CAPS II para o Ambulatório de Saúde Mental entre os anos de 2022 e 2024.

Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e assistenciais dos usuários, incluindo informações sobre admissão, acompanhamento, transferência para o ambulatório e itinerário terapêutico subsequente. Os dados foram posteriormente organizados em tabelas para análise. Para a interpretação dos dados, foram feitas análises qualitativas das informações e

6

1) Não adesão ao CAPS; 2) Um corpo é um risco. Os dados analisados qualitativamente terão como arcabouço teórico para análise as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

RESULTADOS

O número de usuários transferidos pelo Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) para o Ambulatório de Saúde Mental entre os anos de 2022 e 2024 totalizou 127 prontuários (Tabela 1). Dos 127 usuários/as, 84 (66,1%) passaram a ser efetivamente acompanhados pelo ambulatório, enquanto 43 usuários (33,9%) não tiveram acompanhamento após a transferência.

Tabela 1. Usuários transferidos pelo CAPS II para o Ambulatório de Saúde Mental entre os anos de 2022 e 2024.

Descrição	Quantidade	%
Total de usuários transferidos pelo CAPS para o Ambulatório de Saúde Mental	127	100%
Usuários transferidos pelo CAPS com acompanhamento pelo Ambulatório	84	66,1%
Usuários transferidos pelo CAPS sem acompanhamento pelo Ambulatório	43	33,9%

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados da pesquisa.

Abaixo, a Tabela 2 apresenta o itinerário de cuidado dos usuários que foram transferidos pelo CAPS II e que passaram a ser acompanhados pelo Ambulatório de Saúde Mental. Dos 84 usuários acompanhados, 51 (60,7%) tinham como estratégia de acompanhamento apenas o procedimento de administração de medicação injetável de forma presencial no serviço. Outros 22 usuários (26,2%) recebiam a administração da medicação injetável em domicílio. Por fim, 11 usuários (13,1%) recebiam tanto psicoterapia quanto medicação no serviço.

7

Tabela 2. Itinerário de cuidado dos usuários transferidos pelo CAPS II com acompanhamento pelo Ambulatório de Saúde Mental entre os anos de 2022 e 2024.

Descrição	Quantidade	%
Medicação injetável presencial no serviço	51	60,7%
Administração da medicação injetável em domicílio	22	26,2%
Psicoterapia e Medicação no serviço	11	13,1%

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados da pesquisa.

Já a Tabela 3 apresenta os diagnósticos dos usuários transferidos pelo CAPS II para o Ambulatório de Saúde Mental no mesmo período. Entre os 127 usuários transferidos, 69 (54,33%) possuíam diagnóstico de esquizofrenia (F20), enquanto 42 (33,07%) foram diagnosticados com transtorno afetivo bipolar (F31). Os demais 16 usuários (12,60%)

apresentavam outros diagnósticos, que apareceram em quantidades menores e, para fins de apresentação e análise, foram agrupados em uma categoria única denominada "Outros".

Tabela 3. Diagnóstico dos usuários transferidos pelo CAPS II para o Ambulatório de Saúde Mental entre os anos de 2022 e 2024.

Descrição	Quantidade	%
F20 – Esquizofrenia	69	54,33%
F31 - Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)	42	33,07%
Outros	16	12,60%

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados da pesquisa.

No que refere-se às justificativas para transferência dos usuários do CAPS II para o Ambulatório de Saúde Mental, a Tabela 4 apresenta que a justificativa mais frequente foi a não adesão ao CAPS, indicada em 31 casos (36,9%). Em seguida, 10 usuários (11,9%) foram transferidos devido à dificuldade de se locomover até o serviço, e 2 usuários (2,4%) tiveram como justificativa a estabilização do quadro clínico. Em 41 casos (48,8%), não consta nenhuma justificativa registrada nos documentos analisados.

Tabela 4. Justificativa para transferência dos usuários transferidos pelo CAPS II para o Ambulatório de Saúde Mental entre os anos de 2022 e 2024.

Justificativa	Quantidade	%
Não adesão ao CAPS	55	43,3%
Dificuldade de se locomover até o serviço	13	10,2%
Estabilização do quadro clínico	3	2,4%
Não consta	56	44,1%

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados da pesquisa.

Já a Tabela 5 apresenta o histórico do que se nominou nos prontuários como “crises”, entre os anos de 2022 e 2024, dos usuários transferidos pelo CAPS II para o Ambulatório de

Saúde Mental. Dos usuários acompanhados, 41 (48,8%) apresentaram crises recorrentes após o encaminhamento, enquanto 43 (51,2%) não relataram esse tipo de ocorrência no período analisado.

Tabela 5. Usuários transferidos pelo CAPS II com acompanhamento pelo Ambulatório de Saúde Mental apresentaram histórico de crises após o encaminhamento realizado entre 2022 e 2024?

Descrição	Quantidade	%
SIM	41	48,8%
NÃO	43	51,2%

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados da pesquisa.

Por fim, a Tabela 6 apresenta o histórico de “acolhimento” em Comunidades Terapêuticas (CT’s) entre os usuários transferidos pelo CAPS II que estavam em acompanhamento pelo Ambulatório de Saúde Mental. Dos usuários acompanhados, 4 (4,8%) possuíam registro de “acolhimento” em CT’s, enquanto 80 usuários (95,2%), não apresentaram esse histórico no período analisado.

9

Tabela 6. Usuários transferidos pelo CAPS II com acompanhamento pelo Ambulatório de Saúde Mental apresentam histórico de “acolhimento” em Comunidades Terapêuticas (CT’s)?

Descrição	Quantidade	%
SIM	4	4,8%
NÃO	80	95,2%

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir dos dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Para realização da discussão sobre os resultados encontrados, foram construídas duas categorias de análise, a saber: 1) Não adesão ao CAPS; 2) Um corpo é um risco.

Não adesão ao caps

O CAPS II, segundo o Artigo 4.2 da Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, têm capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e

200.000 habitantes, e é responsável pela “organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”, funcionando em regime intensivo e diurno (BRASIL, 2002). Estratégicos para a mudança do modelo de atenção à saúde mental, os CAPS são o coração e a alma da reforma ocupando atualmente a posição de serviço com maior complexidade da rede substitutiva aos manicômios, devendo garantir o cuidado em liberdade “para a consolidação da transformação na assistência e na melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas” (Amarante, 2021, P. 20).

Considerando que as equipes ambulatoriais e os CAPS possuem papéis distintos dentro da RAPS (Brasil, 2022) — sendo os ambulatorios destinados ao cuidado de pessoas com transtornos mentais mais comuns e de gravidade moderada, enquanto os CAPS se voltam a casos de maior complexidade e que demandam intervenções mais intensivas —, a pesquisa identificou que, entre 2022 e 2024, 127 usuários foram transferidos do CAPS para o Ambulatório Municipal de Saúde Mental (Tabela 1). Dentre esses, 100% (Tabela 2) apresentavam quadros compatíveis com o que aqui se define como critério CAPS, ou seja, diagnóstico de sofrimento psíquico grave e persistente, dentre eles Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

É importante sinalizar que a presença de um diagnóstico enquadrado como sofrimento psíquico grave e persistente não significa, por si só, que o cuidado não possa ser gerenciado pelo Ambulatório ou pela Atenção Básica. O diagnóstico isoladamente não é critério suficiente para determinar o nível de atenção em saúde mental mais adequado para cada usuário. Além disso, não se defende que todo sujeito em sofrimento intenso deva ser mantido indefinidamente no CAPS, sob risco de este se converter em uma nova forma de institucionalização. A centralidade deve estar na singularidade do caso, na intensidade do cuidado necessário e, sobretudo, na garantia de continuidade assistencial no interior da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Nessa direção, ao analisar as transferências realizadas do CAPS II para o ambulatório, observou-se que o próprio serviço ambulatorial passou a adotar uma sistematização interna dos prontuários dos usuários transferidos. A organização ocorreu em dois agrupamentos distintos: o primeiro contendo os prontuários de usuários em uso contínuo de psicofármacos injetáveis; e

o segundo, denominado “pacientes transferidos pelo CAPS”, que reúne prontuários de indivíduos com ou sem acompanhamento ativo. Essa classificação permitiu a identificação de dois grupos: (1) usuários em acompanhamento pelo serviço ambulatorial e (2) usuários que, após a transferência, não se encontravam vinculados a nenhum acompanhamento sistemático, seja no ambulatório, seja no CAPS. Dentre os 127 prontuários analisados, a Tabela 1 demonstra que 66,1% ($n = 84$) dos usuários permanecem em acompanhamento pelo ambulatório de saúde mental, enquanto 33,9% ($n = 43$) não apresentam qualquer registro de acompanhamento ativo após a transferência. Esse dado, por si só, já revela um aspecto crítico: trata-se de quase um terço dos usuários com sofrimento psíquico grave que, após deixarem o CAPS II, não aderiram também ao serviço ambulatorial. Esse número não é residual nem pontual, e pode expressar uma falha estrutural na linha de cuidado, que deveria assegurar a continuidade e a integralidade da atenção, especialmente em casos de maior vulnerabilidade clínica e social.

Observou-se que, na maioria dos casos, essas transferências foram registradas por meio de anotações nos prontuários contendo apenas a data, uma justificativa genérica e a identificação do profissional responsável, porém sem qualquer detalhamento sobre os procedimentos adotados para garantir a transição efetiva entre os serviços. Essa ausência de protocolo, somada à fragilidade das anotações, compromete diretamente a articulação entre os pontos da rede e levanta questionamentos éticos sobre a responsabilidade institucional diante da aparente interrupção do cuidado.

11

Essa evidência pode indicar uma possível desarticulação entre os pontos da RAPS, contrariando os princípios preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental, que orienta a construção de fluxos integrados, com ênfase na longitudinalidade e na integralidade da atenção (Brasil, 2011). A ausência de protocolos estruturados de transição entre o CAPS II e o ambulatório pode comprometer o seguimento terapêutico e agravar a vulnerabilidade de usuários com histórico de sofrimento psíquico grave e persistente, dificultando a efetivação do cuidado em rede, tal como previsto na Portaria nº 3.088/2011.

Adicionalmente, a análise das justificativas registradas nos prontuários dos usuários transferidos revelou importantes fragilidades no processo de transferências entre os serviços. Em 48,8% dos casos ($n = 41$), não constava qualquer justificativa registrada, o que indica ausência de sistematização ou formalização mínima do encaminhamento. Entre os casos em que havia justificativa, 36,9% ($n = 31$) dos registros apontavam a “não adesão ao CAPS” como

motivo da transferência, evidenciando dificuldades de vínculo ou permanência no serviço de maior complexidade. Outras justificativas incluíam “dificuldade de se locomover até o serviço” (11,9%; n = 10), geralmente relacionadas a fatores geográficos, limitações físicas ou dificuldades no transporte público da cidade, e “estabilização do quadro clínico” (2,4%; n = 2), que sugerem uma avaliação de estabilização do quadro de sofrimento do/da usuário/a que justificaria a transição para um serviço de menor complexidade.

Com base nas informações dos prontuários, a não adesão pode ser compreendida como o descumprimento do acordo dos usuários com a equipe quanto à frequência semanal de comparecimento ao espaço físico do equipamento. Entretanto, a literatura aponta que o conceito de “não adesão” é complexo e não pode ser reduzido à ausência física no serviço ou a responsabilização unicamente do usuário pela sua trajetória de cuidado (Bandeira; Onocko-Campos, 2021).

Essa tensão entre os registros institucionais e os debates teóricos evidencia a necessidade de uma análise mais crítica e contextualizada do fenômeno. Dessa forma, esse dado reforça a necessidade de deslocar a análise da “não adesão” como atributo individual do sujeito para uma compreensão ampliada do modo como os serviços, especialmente os de maior complexidade como o CAPS, têm respondido à dificuldade de permanência dos usuários em suas rotinas. Em outras palavras, não é apenas a ausência do usuário que produz o afastamento do cuidado, mas a forma como essa ausência é compreendida, acolhida ou rechaçada pelos profissionais e pelas lógicas institucionais.

Essa constatação evidencia que, em alguns contextos, a “não adesão” tem operado mais como marcador de inadequação institucional do que como indicador clínico, justificando práticas de deslocamento do usuário para serviços de menor complexidade ou, em casos mais graves, para espaços de “acolhimento”, ou, contribuindo para desassistência ao usuário. A crítica, portanto, deve se direcionar não apenas ao fenômeno da não adesão, mas às estratégias — ou à falta delas — que os serviços constroem frente a essa condição, o que pode acabar reproduzindo dispositivos de exclusão sob o discurso da proteção e do cuidado.

Assim, a predominância de justificativas genéricas ou a ausência de justificativas podem reforçar a hipótese de que o processo de transferência entre o CAPS II e o ambulatório parece ter ocorrido sem critérios claros e sem pactuação clara entre os serviços, comprometendo a continuidade e a integralidade do cuidado, princípios centrais da RAPS. Essa constatação se

torna ainda mais relevante ao se considerar que a justificativa mais frequentemente registrada foi a de “não adesão ao CAPS”, conceito que, embora recorrente nos prontuários, demanda uma análise mais aprofundada quanto ao seu significado e às implicações que carrega no campo da saúde mental.

Segundo Bandeira e Onocko-Campos (2021), o abandono do cuidado nos serviços substitutivos é frequente e está relacionado a uma série de falhas na execução da política pública. Dentre elas estão: falhas no planejamento e execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS); fragilidade no vínculo entre técnico de referência e usuário; falta de responsabilização; excesso de tutela/imposição de poder dos profissionais sobre o usuário; falha na escuta terapêutica; falha no encaminhamento; burocratização; negligência na comunicação quanto aos efeitos adversos dos psicofármacos; alta rotatividade de profissionais na rede; além de dificuldade de territorialização por parte de um serviço que é territorial. (Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Onocko-Campos, 2019; Onocko-Campos et al., 2012; Oliveira; Andrade; Goya, 2012)

Esse cenário evidencia um descompasso entre o que preveem as normativas que regem o funcionamento dos CAPS e a prática cotidiana de alguns desses serviços, especialmente no que se refere ao compromisso com o cuidado em liberdade, à lógica territorial e à construção de vínculos duradouros (Brasil, 2011). A transferência de usuários com perfil compatível com o atendimento no CAPS II para outros serviços da RAPS, como os ambulatorios, sem critérios claros ou planejamento adequado, contraria o papel central que o CAPS deve ocupar na rede substitutiva.

O §2º do Artigo 1º da Portaria nº 336/2002 estabelece que os CAPS devem se constituir como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território (Brasil, 2002). Essa diretriz implica que tais equipamentos ultrapassem a estrutura física tradicional dos serviços de saúde, construindo estratégias que promovam a autonomia dos usuários e sua reinserção em redes de apoio social e comunitário. Nesse contexto, “organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar” (Lima; Yasui, 2014, p. 597).

Entretanto, os dados encontrados sugerem que o CAPS II tem operado, em determinados contextos, como uma espécie de continuidade da lógica hospitalar, com práticas que remetem à lógica classificatória e disciplinar da medicina tradicional. Tal tensionamento evidencia um distanciamento entre o que é preconizado normativamente, a centralidade no

território, na autonomia e na desinstitucionalização, e o que se materializa no cotidiano do serviço, indicando a permanência de racionalidades biomédicas no interior de um dispositivo concebido como substitutivo.

Nesse contexto, é relevante observar os dados apresentados na Tabela 6, que revelam que, entre os usuários transferidos do CAPS II e que permanecem em acompanhamento pelo ambulatório municipal de saúde mental, aproximadamente 5% (4,8%, $n = 4$) apresentavam histórico de “acolhimento” em comunidades terapêuticas, corroborando a avaliação de Sakai (2018, p.29) de que os ambulatórios reforçam “o encaminhamento às internações e manutenção do modelo psiquiátrico tradicional”. Esse número adquire densidade simbólica significativa ao ser analisado em conjunto com a justificativa predominante de “não adesão ao CAPS” como motivo de transferência, e, sobretudo, a partir das indicações de uso de CTs na RAPS dispostas no Portaria nº 3.088/2011:

Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Em consonância, o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018) aponta que as CT's surgem como uma nova expressão de espaços segregadores como os manicômios, trazendo indícios de “indicações da ação do poder público e de profissionais da área de saúde no uso de comunidades terapêuticas como espaços de internação de pessoas com transtornos mentais de diversos perfis” (p. 140), ou seja, caminhando no sentido completamente oposto ao preconizado e indicado pelas leis, principalmente por meio da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2001; Brasil, 2011).

Nesse sentido, 5% dos casos encaminhados do CAPS II para o Ambulatório indo para Comunidades Terapêuticas pode demonstrar que a passagem por esses dispositivos, marcados por práticas de disciplina, trabalho forçado e imposição da religiosidade (Correia, 2024), permanece como um desfecho possível e inapropriado para uma parcela dos usuários que circulam pela RAPS em sofrimento psíquico agudo, mesmo sem essas instituições terem os saberes e indicações legais propícias para isso, retirando essas pessoas do cuidado em rede, como evidenciado no relatório (Conselho Federal de Psicologia et al., 2018).

A partir do Decreto nº 11.634 de 2023 (Brasil, 2023) que nomeia o Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas e mantém o incentivo financeiro às CT's, mesmo após o relatório e outras denúncias de violações de direitos, principalmente de grupos sociais subalternizados, como pessoas negras e pobres, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) demonstrou preocupação com as práticas adotadas pelas comunidades terapêuticas no Brasil, indicando que essas instituições podem não seguir os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, estando completamente desalinhado dos objetivos da RPB, principalmente no que refere-se a desinstitucionalização e aos direitos humanos (Correia, 2024).

Considerando as distintas atribuições dos serviços na RAPS, as transferências observadas do CAPS II para o ambulatório e, principalmente, o modo como foram realizadas, podem suscitar reflexões sobre eventuais fragilidades na proteção e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental grave, conforme preconiza a Lei nº 10.216/2001. Esse contexto pode remeter às análises de Basaglia (1985) sobre o funcionamento das instituições de saúde mental, nas quais, segundo o autor, a técnica e o poder administrativo exercido pelos profissionais podem, em determinadas situações, configurar formas sutis de violência institucional. Nessa perspectiva, decisões tomadas em nome do bem-estar do usuário podem acabar reforçando dinâmicas que, longe de promover a autonomia, contribuem para a exclusão, a perda de direitos dos sujeitos e a desassistência.

15

Portanto, é fundamental problematizar por que usuários com quadros graves e persistentes deixam de ser adscritos ao CAPS II e são transferidos para o ambulatório de saúde mental tendo como justificativa não aderirem ao cotidiano do espaço físico do serviço. Tal questionamento reforça a necessidade de uma análise crítica sobre essas decisões, muitas vezes não ancoradas nas normativas da política pública de saúde mental, parecendo refletir mais uma lógica institucional de regulação da presença do que um compromisso efetivo com o cuidado em liberdade.

Com isso, evidencia-se uma possível contradição entre o discurso da Reforma Psiquiátrica e a execução da política pública cotidianamente em alguns serviços, abrindo espaço para uma avaliação profunda sobre a rede de saúde mental brasileira. Nesse contexto, torna-se fundamental indagar que racionalidades, práticas e arranjos institucionais têm sustentado essas

transferências. O que, de fato, esses deslocamentos na rede têm produzido? Quais efeitos têm gerado sobre os modos de cuidado ofertados?

UM CORPO É UM RISCO

A análise dos prontuários dos usuários transferidos do CAPS II para o ambulatório de saúde mental, durante o período da pesquisa, evidenciou que os casos foram organizados em dois grupos (Tabela 1): os pacientes sem acompanhamento após a transferência (66,1%) e os pacientes com acompanhamento (33,9%) pelo Ambulatório. Essa distinção é fundamental para compreender os efeitos da reconfiguração do cuidado no contexto da RAPS, especialmente nos casos de sofrimento psíquico grave. Diante disso, entendemos que é fundamental mapear o itinerário terapêutico dos casos graves de sofrimento psíquico para compreender não apenas os efeitos do sofrimento em seu cotidiano, mas também de que forma — ou se — os serviços de saúde têm construído projetos terapêuticos que possibilitam novas formas de existir para os usuários da RAPS (Mângia, E. F.; Yasutaki, P. M., 2008).

A literatura crítica sobre a saúde mental brasileira tem apontado que, apesar dos avanços propostos pela RAPS, persistem práticas que reproduzem a lógica manicomial sob novas formas (Correia, 2024). Tenório (2001) observou, ainda nos primórdios da reforma psiquiátrica, que os ambulatórios frequentemente reiteram os vícios das instituições asilares ao promover a cronificação dos usuários por meio da indução à farmacodependência. Nessa mesma direção, Jardim e Dimenstein (2007) argumentam que a medicação, longe de ser uma ferramenta exclusivamente terapêutica, pode funcionar como uma técnica de dominação nas instituições de cuidado em saúde mental, operando como mecanismo de controle da loucura fora dos muros do hospital psiquiátrico. A centralidade da medicação, portanto, não apenas marca um tipo específico de intervenção, mas configura uma forma de condução da vida dos sujeitos, frequentemente desarticulada de propostas terapêuticas mais amplas. Como aponta Guattari (2024, p. 224), esse tipo de cuidado pode resultar apenas "na passagem de um modo de confinamento para outro, de uma camisa de força física para uma camisa de força neuroléptica, psicoterapêutica ou psicanalítica". Essa crítica se faz particularmente pertinente à luz dos dados empíricos obtidos na pesquisa.

A análise do itinerário terapêutico dos usuários transferidos do CAPS II para o ambulatório de saúde mental (Tabela 2), e que permaneceu sendo acompanhada pelo

ambulatório, revelou que a maioria (60,7%, $n = 51$) recebia acompanhamento exclusivamente por meio da medicação injetável presencial no serviço. Em seguida, 26,2% ($n = 22$) dos usuários tinham a medicação injetável administrada em domicílio. Apenas 13,1% ($n = 11$) estavam vinculados a um itinerário de cuidado que incluía tanto a psicoterapia quanto a administração de medicação no próprio serviço. Esses dados evidenciam uma prevalência de práticas de cuidado centradas na medicação no itinerário terapêutico dos usuários, o que exige uma análise crítica sobre os limites e consequências deste modelo. Especialmente no cuidado de sujeitos em intenso sofrimento psíquico, restringir o itinerário terapêutico à farmacologia pode significar a negação de possibilidades de reinvenção de si e de existência no território.

Nesse contexto, torna-se fundamental retomar a perspectiva teórico-prática da desinstitucionalização, que implica não apenas a desconstrução de saberes e práticas que reduzem os sujeitos a diagnósticos e procedimentos medicalizantes, mas também a criação de dispositivos substitutivos capazes de acolher o sofrimento psíquico como uma experiência social. Trata-se da construção de um lugar onde esse sofrimento possa ser reconhecido em sua complexidade, orientado pela defesa, promoção e garantia de direitos de cidadania (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001, apud Braga, 2019).

Sob essa ótica, o predomínio da lógica medicamentosa, longe de representar uma ampliação das estratégias de cuidado, evidencia antes uma retração dos princípios que sustentam o modelo psicossocial, deslocando o foco do acompanhamento integral e singularizado para uma abordagem centrada na prescrição farmacológica. Tal direcionamento, observado na atuação do ambulatório, revela uma adesão a itinerários terapêuticos que pouco reconhecem a heterogeneidade dos modos de sofrer, reduzindo o sofrimento psíquico a um conjunto de sintomas a serem suprimidos. Como já discutido, essa forma de operar o cuidado é, em grande medida, compatível com a própria natureza do dispositivo ambulatorial, cuja organização tradicional tende à fragmentação do atendimento, à verticalização das condutas clínicas e à centralidade da figura do especialista.

Tal cenário também evidencia o risco de manutenção de práticas vinculadas ao modelo psiquiátrico tradicional, marcadas pela produção de trajetórias terapêuticas que possibilitam descontinuidade, medicalização excessiva e retorno frequente às situações de crise. Nesse sentido, Sakai (2018) observa que os ambulatórios frequentemente operam a partir de um trabalho isolado dos profissionais, em que o sintoma torna-se o centro do problema, dificultando

o trabalho em rede e a construção coletiva do cuidado. O resultado é um tipo de intervenção centrada no controle da crise e na normalização do comportamento, em detrimento da escuta e da consideração da subjetividade dos usuários.

Esse processo, no qual a prescrição da medicação se torna o foco central das ações terapêuticas — funcionando como uma solução rápida para alcançar um suposto ponto de normalização, condicionado à quantificação da existência — é conceituado por Caliman, Vieira e Passos (2016) como medicamentação. Para os autores, a centralidade na prescrição médica representa o "domínio ainda não reformado da reforma" (p. 23), um "ponto cego" que perpetua práticas vinculadas à lógica psiquiátrica tradicional.

Nesse sentido, o domínio da prática prescritiva reforça e se articula aos processos mais amplos de medicalização da vida (Freitas; Amarante, 2015), produzindo uma forma de cuidado que ainda captura e aprisiona as subjetividades. Essa permanência de práticas medicalizantes, que pouco dialogam com os princípios da desinstitucionalização e da construção coletiva do cuidado, compromete a efetivação da lógica dos serviços substitutivos preconizada pela Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011).

Dessa forma, o ambulatório parece estar assumindo funções atribuídas ao CAPS II, ainda que restrito à via medicamentosa (Tabela 2). Esses achados corroboram a análise de Krefer e Oliveira (2025), que observam que, embora as ações dos ambulatórios multiprofissionais não se limitem exclusivamente a intervenções médicas e farmacológicas, sua prática tem se concentrado majoritariamente em atendimentos individuais, frequentemente orientados por uma lógica prescritiva herdada do modelo médico, em detrimento de uma abordagem psicossocial construída no território a partir das singularidades do sujeito.

Nesse sentido, os serviços ambulatoriais, como estipulados na Nota Técnica nº 17/2022, não têm estrutura para dar conta das complexas demandas do cuidado em território, pois esse cuidado não pode se limitar à prestação de serviços em espaços físicos delimitados, e precisa envolver uma rede de significados que atravessa os modos de viver, as relações sociais, culturais e afetivas que os sujeitos estabelecem em seus cotidianos (Lima; Yasui, 2014). Portanto, ao atribuir essa função ao ambulatório, o cuidado em saúde mental será orientado a partir da lógica do ambulatório: a lógica da especialidade (Tenório, 2001).

Nessa perspectiva, Krefer e Oliveira (2025) ressaltam que a adoção de modelos de cuidado que desconsideram os modos de vida e os vínculos cotidianos dos usuários de saúde

mental não apenas contraria a concepção ampliada de cuidado preconizada pelo SUS e pela RAPS, como também se revela ineficaz na promoção de uma atenção integral. Esse cenário, segundo os autores, expressa um problema de escala nacional: ao analisarem a implantação e execução da Nova Política de Saúde Mental, defendida e instituída nos governos Temer e Bolsonaro, identificaram que, a partir de 2018, houve um crescimento expressivo na contratação de profissionais para atuar em serviços ambulatoriais. Tal movimento indica que, ao instituir equipes especializadas, a denominada nova política buscava reforçar um modelo de atendimento centrado em intervenções medicamentosas, em detrimento de uma abordagem psicossocial ancorada no território e na comunidade (Krefer; Oliveira, 2025).

Esse incentivo ao cuidado ambulatorial parece encontrar ressonância nos dados desta pesquisa. A Tabela 5 revela que 48,8% (n=41) dos usuários transferidos do CAPS II para acompanhamento pelo ambulatório de saúde mental apresentaram histórico de crises após o encaminhamento, mesmo estando em acompanhamento. Embora esse dado isoladamente não permita afirmar desassistência, ele se torna mais significativo quando articulado aos demais achados do estudo — como a centralidade da medicação no cuidado ambulatorial (Tabela 2) — e ao corpo teórico que evidencia os limites de um modelo centrado exclusivamente na prescrição farmacológica. A recorrência de crises nesse grupo pode, portanto, sinalizar a inadequação do acompanhamento ambulatorial para sujeitos em sofrimento psíquico grave, especialmente quando o cuidado não incorpora estratégias de base territorial, como visitas domiciliares, construção de projetos terapêuticos singulares e articulação com os demais serviços da rede de atenção.

Cabe destacar, contudo, que a definição de “crise” utilizada nesta pesquisa se baseia na forma como os próprios serviços a registraram nos prontuários aqui analisados, geralmente sem descrição detalhada dos sintomas, da duração ou do contexto em que ocorreram. Essa limitação documental não impede, no entanto, de problematizar o modo como a denominada crise é compreendida e tratada nos serviços. Jardim e Dimenstein (2007) apontam que a crise, na lógica dominante da saúde mental, é entendida como o ponto que desencadeia e cronifica a loucura — sendo, por isso, algo a ser prevenido, contido e apagado.

Nessa perspectiva, a crise é tratada como a disfuncionalidade que rompe a “normalidade” e precisa ser neutralizada, frequentemente por meio da medicação. As autoras ressaltam que a medicação se torna, então, o principal instrumento de reintegração do sujeito à norma, pois

controla a expressão do sofrimento e viabiliza sua convivência social. Esse entendimento parece estar refletido nos encaminhamentos observados na pesquisa, sugerindo que o ambulatório, ao operar predominantemente com a lógica da contenção farmacológica, pode estar reproduzindo um modelo de gestão da loucura que silencia os sentidos da crise e desconsidera a singularidade das trajetórias dos sujeitos (Jardim; Dimenstein, 2007).

Esses achados vão ao encontro do estudo de Costa et al. (2015), que demonstrou a efetividade dos CAPS na redução de crises e no uso de medicamentos e internações psiquiátricas, especialmente entre usuários com atendimentos intensivos e de longa duração. Além disso, os autores observaram maior adesão a atividades terapêuticas em grupo e melhorias subjetivas importantes — como no humor, autoestima e enfrentamento de situações difíceis — quando comparado a modelos baseados apenas na lógica medicamentosa. Tais evidências reforçam a importância da abordagem psicossocial, centrada no território e nos vínculos cotidianos, como forma de garantir cuidado integral e contínuo.

Sob essa perspectiva, como defendem Bandeira e Onocko-Campos (2021), estratégias como visitas domiciliares e a construção de projetos terapêuticos singulares são fundamentais para o desenvolvimento da dimensão psicossocial da RAPS. A desinstitucionalização, nesse sentido, não se limita ao fechamento de hospitais, mas exige a reorganização do cuidado a partir dos modos de vida dos usuários. É nessa linha que Rosângela Cecim, militante da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) sustenta que até mesmo o pior CAPS é mais eficaz do que o melhor hospital psiquiátrico, pois oferece, ao menos em sua proposta, um cuidado centrado na vida e não apenas nos sintomas (Paulino, 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresenta limites que devem ser considerados. A pesquisa foi realizada em um território específico, envolvendo um determinado CAPS II e um Ambulatório de Saúde Mental, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados. As dificuldades observadas — como a desorganização do fluxo entre os pontos da rede, a dificuldades de adesão de parte dos/as usuários ao CAPS e os desdobramentos decorrentes da descontinuidade do cuidado — refletem a realidade singular deste contexto, ainda que revelam problemáticas que possivelmente se repetem em outros serviços da RAPS pelo país. Nesse sentido, torna-se fundamental a realização de pesquisas com maior envergadura e abrangência territorial, capazes

de identificar padrões recorrentes, aprofundar o conhecimento sobre as fragilidades da rede e subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes e sensíveis às diferentes realidades locais.

Finalizamos esta escrita atravessados por uma sensação incômoda: a de que ainda estamos distantes de algumas das promessas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Precisamos continuar insistindo, com o corpo e com a palavra, na defesa de uma prática de cuidado em saúde mental que acolha as singularidades, que se comprometa com os vínculos e que não delegue exclusivamente ao medicamento a tarefa de escutar o sofrimento. Contudo, concluímos este trabalho com a certeza de que não basta apenas denunciar: é necessário que propúnhamos, tensionemos e abramos brechas.

Assim, ao verificar se há ou não prejuízo ou desassistência aos pacientes encaminhados do CAPS II da cidade para o Ambulatório de Saúde Mental, acreditamos que possa ser construído um fluxo assistencial mais racionalizado e que favoreça o cuidado territorial dos casos mais agudos de sofrimento psíquico que, por algum motivo, não consigam frequentar o CAPS II. Assim, a partir dos achados da pesquisa, destacamos alguns caminhos possíveis para avançar na consolidação de uma rede de atenção psicossocial coerente com os princípios da Reforma.

21

É fundamental que a chamada “não adesão” deixe de ser tratada como falha individual e passe a ser compreendida como expressão da inadequação institucional diante das reais necessidades dos sujeitos, o que, portanto, exige escuta, flexibilidade e reinvenção dos modos de cuidado. Também precisamos que os serviços da RAPS assumam, de forma compartilhada, a responsabilidade pelo acompanhamento de casos graves, com fluxos pactuados, protocolos claros de transferência e monitoramento ativo do itinerário terapêutico.

Em consonância a isso, o Ambulatório de Saúde Mental, por sua vez, não pode ser responsabilizado por demandas que extrapolam sua proposta assistencial; é preciso fortalecer o CAPS como espaço de cuidado intensivo, vinculado ao território e comprometido com os vínculos. Isso inclui o investimento em dispositivos de cuidado territorial, como estratégias de matriciamento nos serviços da Atenção Básica, visitas domiciliares, ações comunitárias, e projetos terapêuticos singulares que não se restrinjam ao prontuário e ao receituário.

A formação permanente dos trabalhadores da RAPS precisa ser prioridade, abordando as dimensões ético-políticas da Reforma Psiquiátrica, a crítica à medicalização da vida e o

enfrentamento ao racismo institucional, já que como afirmam Costa e Tavares (2020) a luta antimanicomial e antirracista são indissociáveis. Este trabalho não pretende julgar profissionais nem serviços, mas problematizar o fluxo assistencial a casos graves de sofrimento psíquico, visto que a lógica que se impõe, centrada na medicação e na adaptação do sujeito à rotina institucional, contradiz profundamente os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Somado a isso, entendemos que é fundamental criar uma cultura de avaliação permanente dos serviços de saúde mental, pois uma política de qualificação e avaliação contínua da RAPS é um mecanismo essencial de aprendizagem institucional e de transformação das práticas, garantindo maior efetividade, humanização e integralidade no tratamento dos transtornos mentais. Como afirma Rosana Onocko-Campos (2019), esse é o funcionamento dos sistemas de saúde nos países que apresentam experiências bem-sucedidas, e é imprescindível que adotemos essa prática para garantir a efetividade, a melhoria constante e a responsabilidade dos serviços prestados.

E, sobretudo, precisamos ouvir os verdadeiros protagonistas, os/as usuários/as, com suas dores, seus silêncios, seus modos de existir, porque nenhuma política pública será efetiva se não partir da escuta radical daqueles que mais precisam dela. Este trabalho é, enfim, uma aposta: uma aposta na potência de uma política de saúde mental comprometida com a vida, com o território e com um cuidado que escape às lógicas prontas. Uma aposta, também, de que, mesmo diante dos desmontes, ainda é possível sustentar a Reforma com os pés no chão da prática e com o desejo ético e político de não retroceder.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Émerson Elias, organizadores. *Pesquisadores in-mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 155-170. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

AMARANTE, Paulo. *Loucura e transformação social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Zagodoni, 2021.

BANDEIRA, Noemi; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 91-104, jan./mar. 2021.

BASAGLIA, Franco (org.). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRAGA, Cláudia Pellegrini. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 198-213, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020190125>. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL. Decreto nº 11.634, de 4 de agosto de 2023. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 7 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 17/2022 – SAPS/MS. Readequação da Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece normas e diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 dez. 2011.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, e repristina redações. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 jun. 2023.

CALIMAN, Luciana Vieira; PASSOS, Eduardo; MACHADO, Adriana Marcondes. A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A. M. (orgs.). *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação*. São Paulo: Escuta, 2016. p. 123-138.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

CORREIA, Ludmilla Cerqueira. A implementação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas frente aos Princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: PASSOS, Rachel Gouveia et al. (orgs.). Comunidades Terapêuticas no Brasil: entraves e desafios para a Atenção Psicossocial. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 46-55.

COSTA, Eliane Silvia; TAVARES, Jeane Saskya Campos. A luta antimanicomial também é uma luta antirracista. In: Boletim. Comissão de direitos humanos do CFP. [recurso eletrônico]/ Conselho Federal de Psicologia. V.1, n.1. Maio de 2020. Brasília, 2020.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile.; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. Medicalização em Psiquiatria. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2015.

GIL, José. Abrir o corpo. In: FONSECA, Tania Mara Galli.; ENGELMAN, Selda. (orgs.).

Corpo, arte e clínica. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 13-28. GUATTARI, Félix. Revolução molecular. São Paulo: Ubu Editora, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

KREFER, Laressa Thaís; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Reformulações na política nacional de saúde mental: análise de dados de assistência no período de 2012 a 2022. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 2, e13372023, 2025.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones UNAD*, Bogotá, n. 14, p. 55-73, jul./dez. 2015.

LANCETTI, Antonio. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2016.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul./set. 2014.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; YASUTAKI, Priscila Mitie. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14029>. Acesso em: 23 mar. 2026.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de.; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência &*

Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 187–196, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. DOI: 10.1590/0102-311X00156119.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FERRER, Ana Luiza; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira; MADUREIRA, Paulo Roberto de; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; DANTAS, Deivisson Vianna; NASCIMENTO, Roberta. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43–50, fev. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>. Acesso em: 23 mar. 2026.

PAULINO, Eraldo. Retrocessos na política de saúde mental fortalecem ‘manicômios modernos’: comunidades terapêuticas e hospitais judiciários repetem a lógica manicomial. Belém (PA), 18 maio 2025. Brasil de Fato. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/05/18/retrocessos-na-politica-de-saude-mental-fortalecem-manicomios-modernos/>. Acesso em: 23 mar. 2026.

PEGORARO, Renata Fabiana; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Pesquisando documentos: os prontuários em saúde. In: PEREIRA, Eliane Regina; RASERA, Emerson Fernando; PEGORARO, Renata Fabiana (org.). Pesquisa qualitativa em Psicologia Social e Saúde. Florianópolis: Editora da UFSC, 2024. p. 233–253.

Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. de, & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira De História & Ciências Sociais, 1(1). <https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351>

SAKAI, Catarina Prado. A atenção ambulatorial em saúde mental para infância e adolescência: um estudo descritivo no Estado da Bahia entre 2008 e 2016. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. 90 f. SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640–655, 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/349976/v31n3a15.pdf>.

TENÓRIO, Fernando. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Marca D'Água, 2001.