

Autonomia e Sentidos Construídos por Usuários de Um Centro de Atenção Psicossocial III

Autonomy and Meanings Constructed by Users of a Type III Psychosocial Care Center

Autonomía y Sentidos Construidos por Usuarios de un Centro de Atención Psicosocial III

Thiago de Souza Santos

Thelma Maria Grisi Velôso

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Resumo

O conceito de autonomia é central para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dos instrumentos utilizados para fomentar o protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico. Este artigo resulta de uma pesquisa qualitativa fundamentada teórico-metodologicamente na proposta de estudo da produção de sentidos, por meio da análise das práticas discursivas. Investigou-se como os usuários de um CAPS III exercem sua autonomia no cotidiano e se participam da construção do seu PTS. O diário de campo e o dispositivo “oficina de fotografia” foram os instrumentos metodológicos empregados. Realizaram-se onze oficinas, com a participação de seis usuários: um homem e cinco mulheres. Os relatos produzidos nessas oficinas, transcritos e submetidos à análise de discurso, ressaltam a falta de credibilidade social, a escassez de oportunidades de trabalho e a participação limitada na definição do PTS e na escolha das atividades terapêuticas. Ainda assim, os usuários resistem e buscam afirmar sua autonomia.

Palavras-chave: autonomia pessoal, projeto terapêutico singular, sofrimento psíquico, saúde mental.

Abstract

The concept of autonomy is central to the Brazilian Psychiatric Reform, and the Singular Therapeutic Project (PTS) is one of the instruments used to foster the protagonism of individuals experiencing psychological distress. This article results from a qualitative study grounded theoretically and methodologically in the proposal of analyzing meaning-making processes through the lens of discursive practices. The study investigated how users of a Type III Psychosocial Care Center (CAPS III) exercise their autonomy in daily life and whether they participate in the construction of their PTS. A field journal and a "photography workshop" device were the methodological tools employed. Eleven workshops were conducted, with the

participation of six users: one man and five women. The narratives produced in these workshops, transcribed and submitted to discourse analysis, highlight a lack of social credibility, limited work opportunities, and restricted participation in defining the PTS and choosing therapeutic activities. Even so, users resist and seek to assert their autonomy.

Keywords: personal autonomy, singular therapeutic project, psychological distress, mental health.

Resumen

El concepto de autonomía es central en la Reforma Psiquiátrica Brasileña, y el Proyecto Terapéutico Singular (PTS) es uno de los instrumentos utilizados para fomentar el protagonismo de las personas en situación de sufrimiento psíquico. Este artículo es el resultado de una investigación cualitativa fundamentada teórica y metodológicamente en el estudio de la producción de sentidos a través del análisis de las prácticas discursivas. Se investigó cómo los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial Tipo III (CAPS III) ejercen su autonomía en el día a día y si participan en la construcción de su PTS. Se utilizaron como herramientas metodológicas un diario de campo y el dispositivo “taller de fotografía”. Se realizaron once talleres con la participación de seis usuarios: un hombre y cinco mujeres. Los relatos producidos en estos talleres, transcritos y sometidos a análisis del discurso, resaltan la falta de credibilidad social, la escasez de oportunidades laborales y la participación limitada en la definición del PTS y en la elección de las actividades terapéuticas. Aun así, los usuarios resisten y buscan afirmar su autonomía.

Palabras clave: autonomía personal, proyecto terapéutico singular, sufrimiento psíquico, salud mental.

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, durante o processo de redemocratização do país, permitiu a criação de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, com a promulgação da Lei n. 10.216, de 2001, e a implementação de experiências em saúde mental comunitária e territorial. Tal mudança atendeu à demanda por uma sociedade sem manicômios, resultando na busca pela cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico e pelo fim das relações

de tutela. Esses avanços foram fundamentais para a efetivação de uma rede de atenção à saúde, com foco nos sujeitos e na construção de autonomia (Amarante & Nunes, 2018; Fernandes et al., 2020).

De acordo com Penido e Romagnoli (2018), o conceito de autonomia não implica formas do sujeito reger a si mesmo de maneira privada, ou ainda formas instituídas que motivem um modelo de empreendedorismo de si mesmo, mas um processo singular, em que há a necessidade de corresponsabilização e cogestão por sujeitos e coletivos. Silva et al. (2021)

apontam que não há uma autonomia pronta e aplicável para todos os sujeitos, mas que ela se dá pelas trocas sociais e “relações de interdependência para a construção das escolhas e decisões de modo ético, isto é, decisões que podem ser apoiadas e cujos efeitos considerem sua existência na relação com os demais que o cercam” (p. 1100).

Como proposta de estímulo à autonomia dos usuários no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam, entre os Registros de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e atenção psicossocial, o fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares e a promoção da contratualidade no território. Ambas as ações visam ao processo de inserção social, articulando a reabilitação psicossocial juntamente com outros serviços ou pontos estratégicos no território. Essas ações carecem de mais estudos e aprimoramento, devido às dificuldades que os profissionais dos CAPS enfrentam para difundi-las. Isso se justifica porque, segundo Silva et al. (2018), existem processos que constroem o protagonismo e mantêm a passividade dos sujeitos que usam o serviço, o que, consequentemente,

enrijece e verticaliza as relações entre profissionais e usuários.

Em contrapartida, os autores afirmam que existem espaços potentes de ações em saúde mental que, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), baseiam-se no cuidado em liberdade, na autonomia, no apoio social e no território. Eles concluem que esses aspectos possibilitam consolidar uma nova forma de cuidado em saúde mental, em detrimento da reprodução da lógica manicomial produtora de cronicidade (Silva et al., 2018).

O PTS foi criado para construir, junto com o sujeito, um projeto de cuidado que faz parte da Política Nacional de Humanização do SUS e contribui para a produção de saúde ampliada e compartilhada. Na interface com a saúde coletiva, a saúde mental utiliza esse instrumento para abarcar as diferentes dimensões e esferas da vida singular e coletiva do sujeito, como, por exemplo, onde e como vive, visando aos seus modos de existir e de produzir vida. Desse modo, o cuidado é construído com ele, a partir da sua experiência com o sofrimento psíquico e de acordo com suas necessidades (Ministério da Saúde, 2008; Theodoro & Moreira, 2017).

Tavares et al. (2021) defendem que a proposta do PTS tem seu foco no respeito à singularidade do sujeito e no pressuposto da articulação entre o Técnico de Referência (TR) e os profissionais de uma equipe, em espaços coletivos de discussão, desenvolvendo ações compartilhadas. De forma complementar, Diniz (2017) enfatiza que o planejamento do PTS “deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e de sua família, promovendo maior autonomia e compartilhamento de informações e saberes” (p. 9).

Assim, é possível afirmar que esse instrumento permite que o cuidado em saúde seja construído com o sujeito, e sua utilização possibilita a circulação do saber e do poder entre os usuários dos serviços, os profissionais, a comunidade e o território, a fim de ampliar os processos de ação (Ministério da Saúde, 2008; Diniz, 2017; Theodoro & Moreira, 2017).

O avanço do movimento de Contrarreforma Psiquiátrica, sobretudo no período de 2019 a 2022, resultou no abandono dos investimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e nos serviços comunitários e territoriais, fortalecendo o retorno aos serviços manicomiais. A revogação de normativas e a suspensão de verbas destinadas à desinstitucionalização pela RAPS foram

consideradas retrocessos na área da saúde mental, prejudicando a atenção na rede de serviços de base territorial e comunitária do país (Dimenstein et al., 2021; Nunes et al., 2019).

Nesse contexto, realizou-se uma pesquisa que teve como objetivo geral investigar como os usuários do CAPS III de uma cidade do interior do estado da Paraíba exercem a sua autonomia por meio dos relatos construídos por eles sobre o seu cotidiano. O aporte teórico que fundamentou a pesquisa foi o estudo da produção de sentidos, a partir da análise das práticas discursivas e dos posicionamentos identitários (Davies & Harré, 1999; Spink & Frezza, 2013; Spink & Medrado, 2013). Para o seu desenvolvimento, foram utilizados o dispositivo “oficina de fotografia” e o diário de campo. Este artigo apresenta um recorte dessa pesquisa mais ampla e se apoia nos relatos de usuários de saúde mental que, ao construírem sentidos e posicionamentos sobre a autonomia, dialogam com os saberes construídos pela RPB e pelo Movimento de Luta Antimanicomial (MLA).

Metodologia

A pesquisa foi de natureza exploratória e descritiva, com abordagem

qualitativa, realizada em um CAPS III. O pesquisador participou, inicialmente como ouvinte, de dois grupos que o referido serviço realizava e convidou os usuários a participarem da pesquisa. Era importante que atendessem aos seguintes critérios: ser usuário do CAPS III e estar em acompanhamento regular pelo serviço, ter idade acima de 18 anos e estar com a vacinação contra a covid-19 em dia. Seis usuários demonstraram interesse, mas apenas cinco compareceram ao primeiro encontro. No segundo encontro, uma nova pessoa manifestou interesse em participar, mas não compareceu aos demais — cinco pessoas participaram da maioria dos encontros.

O grupo de participantes da pesquisa foi composto por cinco mulheres e um homem, com idades entre 19 e 68 anos. As mulheres se autodefiniram como pardas, e o homem como branco. Três mulheres eram casadas e viviam com seus companheiros; os demais participantes moravam com os genitores. Os níveis de escolaridade variaram de não alfabetizado a ensino médio completo. Três participantes recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), dois recebiam o Bolsa Família e um não recebia qualquer tipo de benefício. O tempo de acompanhamento

pelo serviço variou de seis meses a quinze anos, sendo que a maioria (quatro participantes) frequentava o serviço uma vez por semana.

A oficina de fotografia foi articulada como um dispositivo para a produção de informações na pesquisa. O termo “dispositivo” é caracterizado por Baremblytt (2002) como um fluxo que se agencia com a diferença, com a resistência e com a transformação, o que gera um acontecimento singular. Para o autor, o dispositivo funciona e se forma ao mesmo tempo em que está em funcionamento, possibilitando a construção de vínculo entre os participantes da pesquisa e o pesquisador.

Conforme Brigagão et al. (2014), as oficinas são espaços que podem ser manejados e abertos para compartilhar as experiências e as trocas, nos quais é possível se posicionar e negociar. De acordo com os referidos autores, a oficina deve ser construída de forma a valorizar as pluralidades que a vida pode oferecer, dando destaque ao diálogo como processo essencial para a construção de conhecimento compartilhado e para a transformação social.

Foram realizadas onze oficinas, com frequência semanal, durante

aproximadamente três meses, com duração média de uma hora e vinte minutos. Essas oficinas foram planejadas com antecedência, o que facilitou a avaliação e a organização dos encontros. As informações que orientavam esse planejamento derivaram do diário de campo e da transcrição dos relatos produzidos em cada oficina. Utilizou-se uma câmera fotográfica da marca Fujifilm, além de outros materiais, a depender do roteiro planejado. Além de obter informações para a pesquisa, a intenção era criar um espaço de reflexão, diálogo e promoção do protagonismo dos participantes. Cabe destacar que o pesquisador utilizou um roteiro de perguntas previamente elaborado para fomentar a reflexão.

O tema do primeiro encontro foi “O que é autonomia?” e o recurso utilizado para estimular a reflexão inspirou-se na técnica do teatro-imagem proposto por Boal (2015). Foi sugerido que cada participante criasse uma imagem de uma situação de autonomia no cotidiano, utilizando o próprio corpo, e falasse sobre ela. Em seguida, os participantes se revezaram para fotografar essas imagens. No segundo encontro, intitulado “Autonomia e diálogos a partir de imagens”, foram utilizados dois recursos para fomentar a reflexão sobre autonomia:

primeiramente, pediu-se que trouxessem uma fotografia pessoal (impressa ou digital) para a oficina; o segundo recurso consistiu na apresentação de algumas imagens (de domínio público) trazidas pelo pesquisador, que remetiam a pessoas realizando algo no cotidiano. Pediu-se, então, que cada um dissesse se havia ou não a presença da autonomia nessas imagens. Após isso, realizaram o exercício de fotografar um objeto escolhido entre os materiais dispostos na estante da sala, com o objetivo de se familiarizarem com a câmera fotográfica.

No terceiro encontro, “Autonomia e acesso aos lugares da cidade”, deu-se continuidade às discussões sobre autonomia a partir dos relatos sobre quais locais e equipamentos os participantes acessavam na cidade. Pediu-se que cada um desenhasse um mapa com os lugares que frequentava e fizesse comentários. Em seguida, foram convidados a fotografar seus respectivos mapas.

No quarto encontro, “Conversando sobre o PTS”, solicitou-se que cada participante escolhesse um local e/ou ambiente do CAPS para ser fotografado. A intenção era que cada um pudesse falar sobre o PTS e como ele havia sido construído, tendo como estímulo essas fotos.

No quinto encontro, “Construindo um PTS”, os participantes foram convidados a criar o roteiro de um caso fictício — sobre uma pessoa que não estava bem e que precisou dos cuidados do CAPS III — e a montar uma encenação. Em seguida, cada um fotografou os personagens encenados pelos colegas.

No sexto encontro, “Como é que faz para sair da ilha?”, foi exibido o curta-metragem “A Ilha” (Lellis et al., 2008). O objetivo foi fomentar a discussão sobre autonomia. Em seguida, o pesquisador fez uma apresentação teórica sobre os diferentes tipos de planos (enquadramentos) na fotografia. O exercício prático consistiu em cada participante fotografar ao menos três desses planos; propôs-se, então, que fotografassem a sala e os colegas.

Nos encontros sétimo — “Autonomia e PTS nas fotografias produzidas” — e oitavo — “Reflexões sobre o PTS e sobre fotografia” —, realizaram-se discussões a partir da introdução de alguns conceitos (sobretudo sobre a fotografia como linguagem artística) e das fotografias produzidas nas oficinas anteriores — no total de 49 fotos, impressas e levadas ao encontro pelo pesquisador — tendo como foco a relação

que essas imagens poderiam ter com a autonomia e o PTS.

Por fim, os encontros nono, décimo e décimo primeiro foram dedicados ao planejamento e à organização de uma exposição, com as fotografias produzidas pelos participantes, no CAPS III, intitulada “A esperança continua” (nome criado por eles), além da avaliação de todo o processo vivenciado nas oficinas. Cumpre destacar que todas as oficinas contaram com a presença de uma profissional de apoio, que era técnica do CAPS.

Das informações produzidas, foram utilizados para a análise os registros das oficinas gravados em áudio e, posteriormente, transcritos pelo pesquisador, totalizando treze horas e dezoito minutos de gravação. O diário de campo e as fotografias não foram submetidos à análise de discurso, mas utilizados como suporte complementar.

Para a análise das informações produzidas, utilizou-se o recurso do mapa dialógico, que, segundo Nascimento et al. (2014), é uma ferramenta fundamentada na perspectiva dialógica, que valoriza a diversidade de vozes e a interação entre os participantes como elementos essenciais para a produção de conhecimento crítico e reflexivo. Inicialmente, foi feita a

Transcrição Integral (TI) de todas as gravações das oficinas, procurando-se preservar o “discurso original do contexto de pesquisa”, isto é, destacando quem fala, sobre o que fala e como cada um/a fala (Nascimento et al., 2014, p. 258). Na sequência, organizou-se o mapa por meio de um quadro com linhas e colunas, sistematizado a partir dos objetivos da pesquisa. Assim, foram definidos os temas e as categorias que orientaram o processo de análise das informações produzidas.

A pesquisa respeitou os procedimentos éticos, conforme as recomendações da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da universidade. Os participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o de Autorização para Gravação de Voz (TAGV). A fim de preservar a identidade dos participantes, foram utilizados pseudônimos e códigos de identificação, e as fotografias produzidas não foram inseridas nos textos escritos, uma vez que os usuários aparecem na maioria delas.

Resultados

Embora o termo autonomia esteja sendo usado há mais de duas décadas nas

políticas de saúde mental, quando foi apresentada a questão sobre o que é autonomia, os participantes demonstraram desconhecer o termo, e um deles afirmou: “Eu não sei dizer esse nome estranho”. No entanto, no decorrer da discussão, o associaram a “ter capacidade” e se remeteram à falta de credibilidade social e à dificuldade de acesso ao mercado de trabalho:

Leonardo: É porque depois que você vem para aqui [refere-se ao CAPS], como ela colocou, as pessoas perdem a credibilidade em você... (Pausa). Perdem a credibilidade no que você faz. No que você pensa, no que você deixa de fazer... é isso. (...) Não, antes você tinha credibilidade (...).

Simoni: (...) E por que não dar uma chance para a gente trabalhar para eles ver o nosso serviço, para ver como é que a gente se desempenha, para eles ver quem somos, que a gente somos capaz? Mas não dá, só fecha a porta na cara da gente (...).

Leonardo: Eu fui atrás de emprego, mas ele não, não dá emprego, não. Eu elaborei um currículo que eu fazia antigamente, eu já trabalhei de ajudante de padaria, já trabalhei de ajudante de pedreiro, já trabalhei de pintor, já trabalhei de... descarregador de construção de pedreiro. Aí botei tudo

no currículo, fui entregar, mas quando eu ia passar, dizia: “Toma algum medicamento?”, quando eu ia passar pela psicóloga, né? da empresa. Fui lá no Redecompras [refere-se a um supermercado], passei no requisito tudinho, quando eu fui pra psicóloga, aí ela me disse: “Não, não tem vaga não pra você, não”. Aí eu disse: “Tá certo, tudo bem”. Eu fui pra ser... só arrumador, sabe? Aí a menina disse: “Não, não tem vaga pra você, não”. “Tudo bem”. Lá no Redecompras, aí, “tudo bem, obrigado”. Fui lá no Ideal [refere-se a um supermercado], a mesma coisa. “Tem vaga aí?” Tinha vaga lá. Aí passei pela psicóloga também, aí a psicóloga disse: “Você faz algum tratamento?” Eu disse: “Lá no CAPS”. “E é?” [refere-se à psicóloga]. “É”. Aí ela disse: “Não tem vaga, não” (...). Pra eles você (Gaguejou) não é um ser humano. (Chorou). Aí você não é um ser humano. Só porque você faz um tratamento, você é descartado (Chorou). (Pausa). (Oficina 1).

Quando diz: “É porque depois que você vem para aqui (...) as pessoas perdem a credibilidade em você (...). Perdem a credibilidade no que você faz”, Leonardo denuncia a falta de confiança das pessoas na forma como os usuários pensam ou

agem. Ele apresenta seu itinerário ao tentar acessar o mercado de trabalho e ilustra a falta de credibilidade social ao relatar que, mesmo tendo elaborado o currículo e passado pelas etapas do processo seletivo, teve a vaga negada por informar o uso de psicofármacos. O uso desses medicamentos aponta para um grande obstáculo enfrentado pelos usuários. A falta de credibilidade social sugere o estigma que incide sobre eles, negando-lhes o acesso aos direitos. Simoni reforça essa ideia ao afirmar: “só fecha a porta na cara da gente”.

A ideia da exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, que fez com que esses sujeitos fossem retirados do convívio social e levados para os manicômios, parece perpetuar-se historicamente. Ainda que os usuários estejam inseridos em um serviço substitutivo, enfrentam barreiras produzidas pela sociedade, o que remete à manutenção de uma lógica manicomial.

Em determinado momento das oficinas, os participantes começaram a utilizar o termo “autonomia” e o definiram da seguinte forma:

Leonardo: Autonomia é dar... É dar um passo à frente, tentar dar um passo à frente daquilo que tá passando no dia a dia, né? O que eu entendo é isso. Você

dar um passo, dar um pulo à frente do dia a dia que você tá passando. Digamos: você tá vendo uma dificuldade sua hoje, você amanhã superar ela. Pronto. Digamos. Eu não tinha esse compromisso que tá tendo hoje aqui, né? Eu não tinha. Mas só em hoje eu dar esse passo já modificou muito... Né? Modificou muito.

Roberta: (...) Autonomia? Autonomia é a pessoa ter liberdade, assim, de ir no mercadinho sozinha, minha irmã não deixava eu ir, eu fui vacinar sozinha, escondida dela. Fui fazer exame de vista escondido dela. (...) Aí ela não deixava eu andar sozinha, de ruim que ela é, que sei virar... [diz o nome da cidade] pelo avesso, que desde novembro que eu moro aqui, sei tudo. Ela disse que eu sou muito esperta, sou (Gaguejou) esperta. Sou esperta mesmo. (Oficina 1).

Simoni: Aí autonomia é a gente, eu fazer as coisas, lá pra cima, nunca deixar botar eu lá pra baixo. Minha autonomia é essa. (...) Isso significa ter o quê mesmo? É um nome muito complicado, autonomia. (Oficina 7).

Para Leonardo, a autonomia é vista como a capacidade de “dar um passo à frente”, de agir além das limitações do dia a dia e de superar desafios. Roberta, por outro lado, evidencia uma limitação de sua

autonomia, imposta pela irmã, que não a deixava sair sozinha. Para ela, autonomia é a capacidade de agir e tomar decisões por si mesma. Por isso, conta que saía escondida para fazer o que precisava, como ir ao mercado, tomar vacina e fazer exames — exemplificando sua capacidade de driblar tal limitação e cuidar de si mesma. Ela demonstra resistência à tentativa de tutela estabelecida pela irmã. Por fim, se posiciona como uma pessoa muito esperta e reforça esse posicionamento recorrendo ao discurso da irmã: “Ela disse que eu sou muito esperta, sou (Gaguejou) esperta. Sou esperta mesmo”.

Simoni, por sua vez, embora afirme que a palavra “autonomia” é complicada, associa-a ao poder de fazer suas próprias escolhas e não permitir ser subjugada ou controlada por outros. Ao afirmar que autonomia é “eu fazer as coisas, lá pra cima, nunca deixar botar eu lá pra baixo”, transmite a ideia de liberdade e empoderamento, sugerindo que a autonomia é uma forma de manter-se em uma posição de poder e controle sobre a própria vida.

Entretanto, essa capacidade de fazer algo/autonomia é limitada, seja pelo contexto social, seja por questões pessoais, como se observa nos relatos abaixo:

Marília: Eu fico me sentindo... uma inválida. Porque eu não tenho mais emprego. (Pausa). Aí eu disse, bem claro, que não consigo fazer nada. (Pausa). Mas eu tô bem. (...) Mas, às vezes, também eu fico pensando, porque eu não tô conseguindo fazer nem minhas coisas de casa, mas quando eu estava trabalhando, eu fazia minhas coisas de casa e fazia as coisas na casa dos outros também (...). (Oficina 1).

Marília: Já fui capaz de fazer algo. Hoje eu não sei se consigo, não. Quando minha bebê faleceu, eu... Eu superei a ficar com alguém no hospital. Superei a cuidar de alguém. (...) Já cuidei também de uma senhorinha, depois que minha filha faleceu, e minha mãe também faleceu, né?! (Oficina 2).

Simoni: É (Gaguejou) assim, professor. É uma coisa que não entra na minha caixola, por que os povo não quer dar oportunidade pra gente trabalhar? É isso que eu não entendo. É preconceito, ó, porque a gente... eu tenho capacidade. Eu tenho capacidade porque eu venho pra aqui, eu (Inaudível) remédios. Assim, dizer assim... basta a pessoa abrir a boca: “É do CAPS”. “Ah, menina, quero, não, que é doido!” (...) Ó, lá na lojinha [refere-se ao bazar onde ela trabalha]

que eu fico, saiu todo mundo e eu fiquei com o dinheiro, com o dinheiro da mercadoria. Quer dizer, se eu fosse doida, elas ia querer? Fico com chave de casa, chave da casa... A chave [do bazar] tá comigo. Só vou entregar sexta porque eu vou viajar sábado, aí eu vou e entrego a chave. Mas quando eu chego, pego a chave, a chave fica comigo a semana todinha. (...) Aí eu digo assim, e por que eles num dá oportunidade agora nesse São João, não dá oportunidade (Gaguejou) pra gente varrer ao menos a rua, fazer alguma coisa? “Aí não, ela é do CAPS, é doido” (Em tom de desdém). Não, a gente... a gente somos... a gente somos capazes. Eles que quer deixar a gente doida, mas eu? Mas não deixa.

Leonardo: Eu falo por mim. Não vou falar por Simoni, não. Eu mesmo não tenho capacidade de trabalhar mais. Porque eu esqueço das coisas, quando eu não acelero demais, eu acelero de menos o que eu tô fazendo. (Pausa) (...). (Oficina 4)

Marília, ao lidar com as dificuldades, como, por exemplo, não ter um trabalho, posiciona-se como uma “inválida”. Mas ela também diz que já foi capaz de cuidar de outras pessoas e que já teve a confiança delas quando outrora trabalhou. Já Simoni enfatiza ter

capacidade e ainda questiona por que não há oportunidades de trabalho. Ela diz não entender por que isso acontece, mas ela mesma responde: “É preconceito”. Ela também mostra ter responsabilidade no bazar onde trabalha, pois fica com a chave e com o dinheiro da mercadoria vendida. Leonardo, em resposta à fala de Simoni, posiciona-se como alguém que não tem capacidade, referindo-se a algumas dificuldades.

Interessou-nos ainda saber se a autonomia estava sendo incentivada pelo CAPS III no processo de construção do PTS, e os participantes também relataram desconhecer essa proposta. Um exemplo foi quando Simoni disse: “Singular. Não sei nem o que é. (...) Hoje eu vou passar o dia pensando nesse nome aí que o senhor disse. Esse nome estranho.” (Oficina 4). Os diálogos versaram sobre as dificuldades deles em articular o PTS com a autonomia em seus projetos de cuidado e como esse projeto se relaciona com as atividades e o funcionamento do CAPS.

Para aprofundar a reflexão sobre o PTS, na quinta oficina, como já referido, foi proposta a criação de um roteiro de um caso fictício de uma pessoa que precisou acessar o CAPS. Nesse roteiro, eles criaram dois personagens, usuários do CAPS, e dois

personagens profissionais do referido serviço, e encenaram cada um deles.

P [pesquisador]: A enfermeira tem algo a abordar, a fazer com José [personagem – usuário]?

Elis: “Só o remédio e a injeção” (...) “Tem teatro, tem dança, tem bijuteria, tem pintura, tem um bocado de coisa” [personagem enfermeira] (Encenação). (Silêncio).

P: E como que é... e como que são definidas essas atividades, no caso com o José [personagem – usuário]?

Elis: “Aí junta a equipe, a equipe se reúne e vê em qual momento que vai ficar” [personagem enfermeira] (Encenação).

P: Como é que, no caso, como é feito aqui? Kely [personagem – usuária] participa dessa decisão, ela decide também ou não?

Elis: Ela não participa, não, da decisão. (...) Se a gente for decidir aí não vale nada. É eles que decidem. Vale não. (...) Porque é uma regra que tem, em todos os CAPS. O usuário (Gaguejou) é... Os usuários não decidem, só os profissionais. (...) A gente tem que é (Gaguejou) confirmar. (...) Tem que aceitar. (Oficina 5).

Durante a realização da oficina, de forma reiterada, os diálogos apontaram que

a participação na definição do projeto de cada um é limitada, como quando Elis responde que a personagem que ela encenou fica limitada na escolha e decisão: “Ela não participa, não, da decisão”. Ela diz que a decisão deles não é considerada, justificando que “é uma regra que tem”. Contrariando o que está estabelecido na proposta do PTS, os relatos sugerem que o projeto é feito para o usuário e não com ele, restando aos usuários “confirmar”, “aceitar” a decisão, pois “os usuários não decidem, só os profissionais”. Nessa oficina, eles posaram para as fotografias com os adereços utilizados na encenação (óculos de sol, camisa social e boina). Ressalta-se a expressão séria no rosto dos personagens médicos e enfermeiros e, em uma das fotos, o personagem médico e a personagem usuária posaram de lado — o profissional está de costas para a usuária, enquanto a usuária, atrás dele, demonstra certa resignação. A imagem da foto reforça os posicionamentos que construíram em relação aos profissionais.

Outros relatos, reunindo ainda os dois casos encenados, também destacaram a centralidade da medicação e a participação limitada dos usuários nas decisões referentes aos seus PTS:

Leonardo: “Ela obriga você tomar remédio. Você acha isso certo ou não certo?” (...) “Uhun. Mas, se você não tomar o remédio não vai ser pior?” [personagem psicólogo perguntou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: “É, que vou ser internada no ...” [diz o nome de um hospital psiquiátrico]. [personagem Kely – usuária – respondeu para o personagem psicólogo] (Encenação).

Leonardo: “Você achou bom ser internada no... [diz o nome de um hospital psiquiátrico]? Não?! Então é claro que você tem que tomar o remédio daqui pra frente, né?! Vou passar um remédio pra você, pra você tomar. Primeiramente, passa os remédios que você tem aí pra mim...” (...) “Que é para eu poder passar o remédio que vai controlar, que vai acabar com essa sua ansiedade” [personagem psicólogo falou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: Não, você (Gaguejou) fala com o médico. O médico que prescreve.

Leonardo: Fazer o médico? (...) “Eu vou passar uma medicação pra você, pra você ficar boa, daqui quinze dias você retorna novamente, e vamos ver como é que vai ficar, né?, daqui pra frente. Então você toma a medicação de

oito em oito horas, e vamos ver se você vai ficar boa” (...) [personagem médico falou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Roberta: (Gargalhou). “E a medicação que o médico passou tá dando certo?” (...) “Você toma direito? Ou tá mentindo?” [personagem enfermeira perguntou para a personagem Kely – usuária] (Encenação).

Elis: (Riu).

Roberta: “(...) Tu tá mentindo, não tá? Você não toma, não. Você finge que toma e joga fora. Não faça isso não, viu? Senão você vai ser internada. Vai! Sem tomar o remédio é pior. (...) É melhor você tomar a medicação e não ser internada. Se você tomar direitinho não dá crise de jeito nenhum (...) Ó, eu vou botar você bem quietinha na cama, dar a sua medicação. De vez em quando vou lá dar uma olhadinha pra ver se você tá quietinha, dormindo. Aí você não pode se levantar pra canto nenhum, a não ser no banheiro e lanchar. E se você desobedecer bem muito, aí dou uma injeção, você vai dormir, dormir. Aí quando você acordar você vai perceber que tá dopada e alguém lhe deu uma injeção forte. Porque você tá teimando. Aí você levou uma injeção **bem forte** (Enfática), pra você dormir até... (...) Ou ela vai dizer ao médico que: “Ah, ela é muito agressiva”. Aí o médico vai

aumentar a sua dose de medicação. Aí você nem vai lanchar, porque ele vai passar uma dose bem forte pra você, que você vai sentir diferente. Bem diferente. Assim, o seu jeito de ser, a maneira de andar, de falar, muda tudo depois da medicação forte (...)” [personagem enfermeira falou para a personagem Kely – usuária] (Encenação). (Oficina 5).

Além da centralidade da medicação, foi possível perceber que eles associaram a utilização do medicamento a um tipo de controle e também a uma forma de garantir que a pessoa não tenha uma “crise”. Nesse sentido, Leonardo indica que, se a usuária não tomar o remédio, a situação dela pode piorar. Roberta ilustra como a medicação é utilizada para controlar determinada resistência do usuário ao “tratamento”: “Se tu não tomar a medicação, surta, interna (...) Ó, eu vou botar você bem quietinha na cama, dar a sua medicação”.

Há ainda relatos de que a medicação é prescrita para quem desobedecer: “Aí você tem que obedecer, viu? Você obedecer bem direitinho aí fica tudo bem”. Esses relatos possibilitam pensar que não obedecer às prescrições pode resultar em consequências negativas, como a administração forçada de medicamentos, bem como o uso da força, a fim de

estabilizar o sujeito, exercendo um controle sobre ele: “Aí você levou uma injeção bem forte (enfática), pra você dormir até... (...)”. Nota-se que a aplicação de injeções fortes para induzir o sono ou controlar o sujeito sugere uma contenção mais autoritária em relação à administração da medicação.

Os diálogos apontam ainda que há a busca de remissão de “sintomas” e da “doença” por meio da medicação, sugerindo que o serviço está mais alinhado ao modelo biomédico de saúde, que trata os problemas de saúde mental como doenças a serem curadas, distanciando-se, desse modo, de um modelo de atenção psicossocial, que pressupõe uma atenção multidisciplinar e tem como foco o fortalecimento do protagonismo e da autonomia do sujeito.

Quando foi perguntado se eles tinham um Técnico de Referência (TR), alguns responderam que sim, enquanto outros relataram não saber quem é o deles. Foi apontada a valorização da proximidade e da relação estabelecida com o TR, embora também tenha sido indicado que a decisão sobre as atividades das quais participariam foi tomada por esse profissional. Os relatos demonstram que o protagonismo é pouco fomentado, mas os usuários buscam negociar, encontrar algo de seu interesse —

ainda que seja decidir sobre se encaixar ou não se encaixar em determinada oficina e atividade. Exemplo disso é quando Simoni diz: “Professora, minha filha, eu não me encaixo na oficina de pintura, não. (...) É porque eu não me encaixo.” (Oficina 4). Desse modo, eles buscam exercer a autonomia e resistir, posicionando-se de forma contrária ao que é decidido para eles. Nessa direção, as imagens das fotos feitas em algumas oficinas remetem simbolicamente à capacidade de protagonizar, como, por exemplo, uma foto na qual uma usuária aparece segurando uma garrafa d’água como se fosse um microfone e estivesse cantando.

Nos diálogos, também surge a demanda por oficinas de que eles gostem e que não são ofertadas pelo serviço, sugerindo pouca articulação do serviço com as atividades de interesse deles: “E eu disse a ela se voltar a de teatro, eu quero que ela me bote de novo, que eu gosto muito.” (Elis, Oficina 8). Os relatos apontam também para uma inexistência de articulação do serviço com outros serviços e espaços na comunidade ou território.

Discussão

Conforme já explicitado neste artigo, o conceito de autonomia utilizado neste estudo não se refere a ser totalmente independente ou autossuficiente, mas sim a ter a capacidade de estabelecer suas próprias normas e tomar decisões em relação à sua vida, levando em consideração as interações sociais (Kinoshita, 2016; Theodoro & Moreira, 2017; Silva et al., 2021). Assim como no estudo de Melo e Velôso (2022), os participantes desta pesquisa se posicionaram como pessoas capazes: “a gente somos capazes”. Entretanto, ressaltam que é a sociedade quem os limita.

Nascimento e Leão (2019) afirmam que o sentimento de capacidade de realizar ações é um catalisador essencial para alcançar a autonomia tanto em nível individual quanto coletivo. Eles destacam que esse sentimento empodera os sujeitos que estão enfrentando desafios relacionados às questões de saúde mental, permitindo-lhes superar as opressões que podem surgir nas relações sociais. É importante ressaltar que esse processo de empoderamento ocorre de maneira única para cada indivíduo, mas também é um fenômeno que se estende para além do âmbito pessoal, influenciando as relações sociais.

Braga (2019) destaca a complexidade do processo de desinstitucionalização e critica a prática de institucionalização de pessoas em sofrimento psíquico em ambientes fechados e isolados da sociedade. A autora defende a perspectiva de serviços abertos e comunitários como uma alternativa mais inclusiva e humanitária. No entanto, ressalta que essa proposta enfrenta desafios na dinâmica das relações sociais, pois a transformação de uma sociedade institucionalizada em uma que apoia plenamente a inclusão e a diversidade requer reflexão e ação coletiva. Para Braga (2019), a desinstitucionalização é um processo em andamento que busca equilibrar a autonomia individual e coletiva, lidando com as contradições e os desafios ao longo do caminho.

Conforme discutido por Han (2015), a sociedade contemporânea impõe um controle excessivo, no qual a pressão por alto desempenho pode ter consequências negativas. As pessoas são constantemente pressionadas a produzir e a se autogerir, o que pode levar a um desgaste físico e mental significativo. O referido autor destaca a importância de encontrar um equilíbrio entre a capacidade de reagir imediatamente a todos os estímulos e resistir aos efeitos opressivos e intrusivos

da sociedade. Para os usuários de serviços de saúde mental, que já enfrentam desafios adicionais, a pressão por desempenho pode ser ainda mais prejudicial. Eles podem se sentir incapazes de atender às expectativas impostas pela sociedade, o que pode gerar sentimentos de inadequação e frustração.

Na pesquisa que realizamos, foi apontada pelos usuários a falta de credibilidade social, o que diminui as possibilidades de exercerem sua autonomia diante de uma sociedade que os limita. Portanto, não basta ter capacidade. Foi possível notar, no entanto, que os usuários resistem, negociam e buscam enfrentar as dificuldades, mas também precisam de apoio, o que pode encontrar ressonância no conceito de empoderamento discutido por Alves et al. (2013), que entendem este como a capacidade de responder por si, fazer conexões com outros sujeitos no meio social, andar sozinho na cidade e receber apoio entre os pares, fortalecendo, assim, as capacidades individuais e coletivas.

A falta de credibilidade social pode levar a sociedade a negar direitos, a exemplo da falta de “oportunidade”, reclamação comum entre os participantes, cujos diálogos enfatizaram a dificuldade de acesso ao trabalho. Nessa direção, o estudo realizado por Ferro et al. (2015) discute as

políticas de saúde mental relacionadas ao trabalho e à geração de renda. Os autores defendem que não se trata apenas de inserir o usuário do serviço no mercado de trabalho, uma vez que o mercado apresenta altas exigências, competitividade e segue um modelo capitalista que dificulta a sustentabilidade e a permanência. Portanto, é necessário aprimorar e implementar políticas que articulem a saúde mental e o trabalho, conforme sugerem Ferro et al. (2015) e Theodoro e Moreira (2017), com o objetivo de fornecer apoio concreto aos usuários para sua inclusão no mercado de trabalho, uma vez que “a liberdade e a autonomia são importantes indicadores das múltiplas dependências construídas no cotidiano, e, nesse caso, o trabalho surge como um forte componente multiplicador de laços sociais” (p. 290).

Considerando a importância de se estabelecer outras formas de relação com os usuários de serviços de saúde mental na sociedade, Melo e Velôso (2022) apontam ainda para a ideia de que a convivência nos espaços comunitários e territoriais pode contribuir para a modificação do imaginário social relacionado à loucura.

Cabe ainda destacar que os diferentes eixos interseccionais, os “marcadores” que são definidos

socialmente e que classificam, delimitam, hierarquizam e padronizam — como gênero, raça, etnia, classe social, sexualidade, entre outros — contribuem para a construção identitária interseccionada, na qual a diferença e a desigualdade emergem, como, por exemplo, no acesso aos serviços de saúde (Mello & Gonçalves, 2010). Essas desigualdades intensificam a exclusão e a invisibilidade de determinados grupos em situação de vulnerabilidade social, como é o caso dos nossos entrevistados. Como ressaltam Vieira e Torrenté (2022), gênero e raça, como eixos de subordinação, se cruzam e possibilitam uma compreensão mais ampla das desigualdades que impactam o acesso aos direitos e à autonomia dos sujeitos no campo da saúde mental. Por não serem independentes, eles se entrelaçam de maneira complexa, produzindo barreiras adicionais à visibilidade e à afirmação das necessidades, diminuindo o protagonismo dos sujeitos. Há uma influência no grau de autonomia e na dificuldade de exercício e acesso aos seus direitos; tal influência está relacionada à forma como os sujeitos são vistos e tratados nas instituições de saúde, devido à dinâmica dessas intersecções.

Outra relação que pode limitar a autonomia dos sujeitos é a prática de

prescrição do uso de medicamentos psicotrópicos. De acordo com Silva (2020), o conceito de medicalização é algo que se constrói socialmente, e os modelos tradicionais e biomédicos de saúde têm transformado questões sociais específicas e comportamentais em problemas médicos, para os quais a solução frequentemente proposta é a prescrição de medicamentos. Para a autora, uma vez que os medicamentos são utilizados pelos usuários do CAPS, é essencial estabelecer um diálogo entre profissionais de saúde, usuários e seus familiares, com o objetivo de tomar decisões conjuntas que não prejudiquem a autonomia do usuário. A autora resalta a importância de considerar os desejos, necessidades e preferências dos sujeitos envolvidos, promovendo um cuidado integral que respeite a autonomia e o protagonismo social deles (Silva, 2020).

Nessa direção, a proposta da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem sido uma prática importante para que as pessoas possam fazer a gestão do uso do medicamento e ampliar a autonomia e o protagonismo (Favero et al., 2019; Palombini et al., 2020).

Embora o Projeto Terapêutico Singular (PTS) seja uma ferramenta já consolidada pelos CAPS, os participantes afirmaram desconhecer a expressão,

indicando ainda limitações da autonomia no processo de escolha e participação nesse projeto terapêutico. Os sentidos construídos se direcionaram para a ideia de que não é possível para eles escolherem as atividades das quais participarão no serviço, “porque é uma regra que tem”. Os resultados da pesquisa indicaram que a proposta de atividades e sua escolha partem dos profissionais, ficando a critério do usuário se “encaixar” ou não em determinada atividade. Vale ressaltar, no entanto, que eles terminam encontrando uma forma de fazer as suas escolhas.

Esses resultados se coadunam com o estudo de Depole et al. (2022), o qual constatou que o PTS vem sendo construído para o usuário e não com ele. Esses autores levantam questionamentos sobre a efetividade da perspectiva da singularidade e evidenciam que a simples implementação de políticas e conceitos teóricos pode não ser o bastante para assegurar a eficácia da implementação do PTS no contexto local.

Nesse sentido, Antonio et al. (2023) apontam, em seu estudo, as fragilidades na relação dos profissionais com o uso do PTS, devido à sua complexidade e difícil implementação. Eles destacam que existe uma “verticalidade entre os profissionais, não sendo algo discutido e trabalhado de

forma coletiva, muitas vezes sem a participação do usuário” (Antonio et al., 2023, p. 8).

Destaca-se a importância de construir um PTS que seja realmente centrado na autonomia do sujeito e no seu protagonismo, levando em consideração suas necessidades, desejos e singularidades. Isso implica criar espaços de diálogo e escuta, onde o usuário tenha voz ativa na construção de seu projeto terapêutico (Diniz, 2017; Tavares et al., 2021).

Na pesquisa que realizamos, os relatos dos participantes sugeriram que o CAPS trabalha de maneira tímida com a proposta do PTS, o que pode resultar em limitações para a autonomia e o protagonismo dos usuários. Indicaram ainda que alguns usuários não sabem quem é o seu TR. O dispositivo “Técnico de Referência” funciona com base na proposta de um ou mais profissionais estabelecerem o vínculo com os usuários, a fim de “acompanhá-los em seus projetos terapêuticos singulares” (Boccardo et al., 2011, p. 89). Para Diniz (2017) e Paz e Silva (2023), o vínculo é uma categoria relevante no processo de cuidado, porque envolve os laços afetivos e sociais, conecta-se e articula conexões importantes no território e, portanto, contribui para a

construção do PTS. O CAPS é um lugar de referência e possibilidades; a adoção da ferramenta do PTS, de maneira mais efetiva, pode favorecer o trabalho do serviço.

Considerações Finais ou (in)Conclusão

Os resultados indicaram um desconhecimento dos termos “autonomia” e “Projeto Terapêutico Singular” entre os participantes. No entanto, eles associam o primeiro conceito à ideia de “ter capacidade”. Mesmo que se reconheçam como capazes, enfrentam limitações impostas pela sociedade, sobretudo pela falta de oportunidade de trabalho. No que diz respeito ao PTS, os diálogos versaram sobre a limitação da autonomia na escolha e decisão das atividades apresentadas a eles pelo serviço. Observou-se, então, que a autonomia não está sendo incentivada por meio do PTS e que os usuários não estão compreendendo ou se apropriando dessa proposta.

Os diálogos apontaram também para o desejo de singularização e de participação ativa nas situações que os afetam, mesmo diante de disputas que podem ser fragilizadas por relações de poder entre profissionais, familiares e a sociedade. Assim, eles clamam por uma

autonomia que deve ser conquistada, e não simplesmente concedida.

Por fim, este estudo procurou contribuir para o fortalecimento de pesquisas que buscam ouvir e dialogar com os usuários dos serviços de saúde mental, permitindo entender suas perspectivas e desejos, bem como estimular seu protagonismo. Além disso, gera informações relevantes sobre um tema central para a RPB e para o MLA: a autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Referências

- Alves, T. C., Oliveira, W. F. D., & Vasconcelos, E. M. (2013). A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 51-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100004>
- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Antonio, C. R., Mangini, F. N. D. R., Lunkes, A. S., Marinho, L. D. C. P., Zubiaurre, P. D. M., Rigo, J., & Siqueira, D. F. D. (2023). Projeto terapêutico singular: potencialidades e dificuldades na saúde mental. *Linhas Críticas*, 29, 1-14. DOI: <https://doi.org/10.26512/lc29202345423>
- Baremlitt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5a. ed). Instituto Félix Guattari.

- Boal, A. (2015). *Jogos para atores e não atores*. Editora Cosac Naify.
- Boccardo, A. C. S., Zane, F. C., Rodrigues, S., & Mângia, E. F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 85-92. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>
- Braga, C. P. (2019). A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 198-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190125>
- Brigagão, J. I. M., Nascimento, V. L. V., Tavanti, R. M., Piani, P. P., & Figueiredo, P. P. (2014). Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In M. J. P. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento & M. Cordeiro (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (1a ed., Cap. 4, pp. 73-96). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Davies, B. & Harré, R. (1999). Positioning and personhood. In R. Harré & L. van Langenhove (Eds.). *Positioning*. Malden, United States: Blackwell. https://www.researchgate.net/publication/284267572_Positioning_and_personhood
- Depole, B. F., Marcolino, T. Q., Oliveira, G. N., Cunha, G. T., & Ferigato, S. H. (2022). Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 14(38), 1-25. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/73119>
- Dimenstein, M., Simoni, A. C. R., Macedo, J. P., Nogueira, N., Barbosa, B. C. N. S., Silva, B. I. B. M., Amaral Filho, J. B., Silva, R. C. A., Liberato, M. T. C., Prado, C. L. C., Leão, M. V. A. S., Quinto, B. A., & Soares, L. F. (2021). Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), 1727-1738. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>
- Diniz, A. M. (2017). Projeto terapêutico singular na atenção à saúde mental: tecnologias para o sujeito em crise. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 16(1), 7-14. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1088>
- Favero, C. P., Rodrigues, J., Silva, I. P., Santos, D. V. D., Andrade, T. M. M. D., Barbosa, S. S., & Stefanello, S. (2019). Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 91-100. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388260457009>
- Fernandes, C. J., Lima, A. F., Oliveira, P. R. S., & Santos, W. S. (2020). Índice de cobertura assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
- Ferro, L. F., Macedo, M., & Loureiro, M. B. (2015). Economia solidária, saúde mental e a prática do terapeuta ocupacional: relatos de participantes de um grupo de geração de trabalho e renda. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(1), 101-116. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO500>

- Han, B. C. (2015). *Sociedade do cansaço*. Editora Vozes.
- Kinoshita, R. T. (2016). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil* (4a ed., pp. 69-74). Hucitec.
- Lei n. 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. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lellis, M., Burdino, R. (Produtores), & Camargo, A. (Diretor). (2008). *A Ilha*. Brasil: OZI Escola de Audiovisual de Brasília. Animação, 8 minutos e 44 segundos. <https://www.youtube.com/watch?v=7C3Ug43Xzaw>
- Mello, L. & Gonçalves, E. (2010). Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos*, 11(2), 163-172. <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/16425#:~:text=Reposit%C3%B3rio%20da%20Universidade%20Federal%20de,para%20pensar%20pr%C3%A1ticas%20em%20sa%C3%BAde&text=Resumo%3A,social%20operam%20produzindo%20desigualdades%20m%C3%BAltiplas>
- Melo, L. P. & Velôso, T. M. G. (2022). O sofrimento psíquico em relatos de usuários de saúde mental. *Revista Polis e Psique*, 12(3), 151-172. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.123908>
- Ministério da Saúde (2008). *Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Brasília, Brasil. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf
- Nascimento, L. A. D. & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(1), 103-121. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>
- Nascimento, V. L. V., Tavanti, R. M., & Pereira, C. C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In M. J. P. Spink, J. Brigagão, V. Nascimento & M. Cordeiro (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (Cap. 12, pp. 247-272). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Nunes, M. O., Lima, J. M., Jr., Portugal, C. M. & Torrenté, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489-4498. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Palombini, A. D. L., Oliveira, D. C. D., Rombaldi, J. A., Pasini, V. L., Ferrer, A. L., Azambuja, M. A., & Saldanha, O. M. D. F. L. (2020). Produção de grupalidade e exercícios de autonomia na GAM: a experiência do Rio Grande do Sul. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 53-75. DOI: <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.104142>
- Paz, B. L. & Silva, A. M. M. (2023). Tecendo o cuidado: a atividade de Técnico de Referência em serviços de saúde mental. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 22(1), 109-115. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v22i1.1631>
- Penido, C. M. F. & Romagnoli, R. C. (2018). Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. *Psicologia & Sociedade*, 30, 1-10. DOI:

- <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018V30173615>
- Silva, A., Aleixo, A., Silva, C., Duarte, J., & Moraes, M. (2021). Itinerários vividos, histórias narradas: gradientes de autonomia entre beneficiários do 'Programa de Volta para Casa'. *Saúde em Debate*, 44(127), 1093-1104. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012711>
- Silva, C. D. M. (2020). *Afasta de mim esse cale-se: a medicalização na vida de pessoas usuárias de um CAPS AD* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UEPB. <https://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/4660>
- Silva, T. A., Paula, J. D., & Araújo, R. C. (2018). Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em um município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 21(2), 346-363. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>
- Spink, M. J. P. & Freeza, E. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentidos. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (Cap. I, pp. 1- 21). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (Cap. II, pp. 22-41). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Tavares, I. V. F., Willrich, J. Q., & Portela, D. L. (2021). Percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre seu projeto terapêutico singular. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19029>
- Theodoro, C. R. & Moreira, M. I. B. (2017). Histórias, nossas histórias: potências e desafios do mundo do trabalho para usuários de um serviço de saúde mental. *Revista Mental*, 11(20), 279-295. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100015&lng=pt&tlng=pt
- Vieira, V. M. S. D. A. & Torrenté, M. D. O. N. D. (2022). Saúde mental e interseccionalidade entre estudantes em uma universidade pública brasileira. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 26, 1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210674>
-
- Thiago de Souza Santos**
Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0948-3999>.
Email: thiagosantosp8@gmail.com.
- Thelma Maria Grisi Veloso**
Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0447-7490>.
Email: tgrisiveloso@gmail.com.
-
- Recebido em:** 12/11/2024
Aceito em: 03/04/2025
-
- Contribuição dos autores:**
- Concepção: T. S. S.; T. M. G. V.
Coleta: T. S. S.; T. M. G. V.
Redação do manuscrito: T. S. S.; T. M. G. V.
Análise dos dados: T. S. S.; T. M. G. V.
Revisão e edição: T. S. S.; T. M. G. V.
-