

LOUCURA, USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E PERICULOSIDADE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE CAPS

Locura, abuso de sustancias psicoactivas y peligrosidad:
percepciones de profesionales de CAPS

Madness, abuse of psychoactive substances and dangerousness:
perceptions of CAPS professionals

RESUMO:

Objetivou-se analisar as concepções de profissionais que atuam em um CAPS I e em um CAPS ad sobre a interconexão entre loucura, uso abusivo de substâncias psicoativas e periculosidade. Os dados foram analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), possibilitada pelo software IRaMuTeQ. Os resultados apontam que as opiniões ficaram divididas no que se refere à possível relação entre loucura e periculosidade, e uso abusivo de substâncias psicoativas e periculosidade. A associação entre loucura e periculosidade feita por profissionais do CAPS I apontam para situações em que os pacientes estão em crise. Já profissionais do CAPS ad associaram em situações específicas, quando estão sob o efeito do uso de substâncias ou abstinência. Conclui-se que muitos paradigmas ainda precisam ser rompidos para que o cuidado destinado aos usuários seja adequado e em consonância com os ideais da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Loucura; CAPS I; CAPS ad; Substâncias; Periculosidade.

RESUMEN:

El objetivo fue analizar las concepciones de los profesionales que trabajan en un CAPS I y en un CAPSad sobre la interconexión entre la locura, el abuso de sustancias psicoactivas y la peligrosidad. Los datos fueron analizados mediante la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD), habilitada por el software IRaMuTeQ. Los resultados indican que las opiniones estaban divididas respecto a la posible relación entre locura y peligrosidad, y abuso de sustancias psicoactivas y peligrosidad. La asociación entre locura y peligrosidad, realizada por los profesionales de CAPS I, apunta a situaciones en las que los pacientes se encuentran en crisis. Los profesionales de CAPS ad, por otro lado, la asociaron con situaciones específicas, como quienes se encuentran bajo los

JÚLIA MILOTI

<https://orcid.org/0009-0006-6133-0064>
Mestranda em Psicologia Institucional pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da UFES (PPGPSI – UFES), psicóloga pelo Centro Universitário Vale do Cricaré (UNIVC), São Mateus/ES, Brasil
E-mail: milotijulia@gmail.com

THARSSA KAROLYNIE DA SILVA NEGREIROS FERNANDES

<https://orcid.org/0009-0002-3997-7524>
Psicóloga pelo Centro Universitário Vale do Cricaré (UNIVC), São Mateus/ES, Brasil
E-mail: tharssafernandes@gmail.com

IAGOR BRUM LEITÃO

<https://orcid.org/0000-0002-6174-253X>
Doutor em Psicologia, psicólogo clínico, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil
E-mail: iagor.leitao@edu.ufes.br

DOI: 10.5935/2175-1390.v25e25265



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

efectos del consumo o la abstinencia de sustancias. Se concluye que es necesario romper con muchos paradigmas para que la atención a los usuarios sea adecuada y acorde con los ideales de la Reforma Psiquiátrica.

Palabras clave: *Locura; CAPS I; CAPS ad; Sustancia; Peligrosidad.*

ABSTRACT:

The aim was to analyze the conceptions of professionals working in a CAPS I and a CAPSad regarding the interconnection between madness, psychoactive substance abuse, and dangerousness. The data were analyzed using Descending Hierarchical Classification (DHC), enabled by the IRaMuTeQ software. The results indicate that the opinions were divided regarding the possible relationship between madness and dangerousness, and psychoactive substance abuse and dangerousness. The association between madness and dangerousness made by CAPS I professionals points to situations in which patients are in crisis. Meanwhile, CAPS ad professionals, on the other hand, associated this with specific situations, such as when one is under the influence of substance use or withdrawal. It is concluded that many paradigms still need to be broken for the care provided to users to be appropriate and in line with the ideals of Psychiatric Reform.

Keywords: *Madness; CAPS I; CAPS ad; Substance; Dangerousness.*

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, diversas concepções foram desenvolvidas e construídas em relação à loucura. Em “*História da Loucura*”, Michel Foucault (2019) demonstra que a lepra e os leprosos foram um dos pontos de partida para o surgimento do estigma da periculosidade em relação à loucura. A lepra, uma doença contagiosa e incurável, era encarada como uma ameaça à saúde pública e, por isso, leprosos eram afastados da sociedade e isolados em leprosários. Esse isolamento social dos leprosos acabou sendo transferido para os “loucos”, que passaram a ser vistos como perigosos e a serem internados em hospitais psiquiátricos. Nas palavras do autor: “De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura” (Foucault, 2019, p. 8).

Esse legado histórico deixou marcas de exclusão que persistem até hoje. Mesmo sem evidências de comportamento violento, pessoas com transtornos mentais frequentemente enfrentam estigma e são rotuladas como perigosas. Esse estigma pode resultar em discriminação, exclusão social e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde mental adequados (Moura, Silva, Pereira, & Teixeira, 2022). O paradigma psiquiátrico clássico transformou a loucura em doença, o que resultou no afastamento do “louco” do convívio social e na produção de discursos e conhecimentos sobre a loucura. Além disso, a loucura foi associada a qualidades morais de periculosidade e marginalidade (Amarante, 1998).

Ademais, no que se refere às pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPA), o álcool tornou-se uma das maiores causas de internação em hospitais, considerado um “veneno social” no século XX. O psiquiatra Juliano Moreira (1874-1947) associou o uso do álcool ao “enfraquecimento da raça”. Assim, a preocupação com o uso abusivo estava mais relacionada a um desejo de intervir eugenicamente na sociedade do que resolver os problemas de saúde decorrentes do uso. Os psiquiatras desprezavam os fatores psicológicos e sociais do uso da substância e atribuíam a questões hereditárias, sociais e até raciais, simplificando o fenômeno. Dessa forma, o uso de SPA começou a ser estigmatizado como aquele capaz de levar o indivíduo à loucura. Aqueles que faziam o uso, eram considerados dementes, degenerados e idiotas (Arantes, 2008).

Esses estigmas se fortaleceram no imaginário social, contribuindo para que estes sujeitos sejam considerados como “não confiáveis”, “doentes”, “sem valor”. São estigmas que também receberam influência de políticas proibicionistas, que ao criminalizarem o uso da droga, contribuíram para associação de usuários a criminosos e marginalizados. Nesse sentido, a figura do sujeito que faz uso de SPA começou a ser vista como indivíduo socialmente perigoso (Melo & Maciel, 2016).

A institucionalização desses indivíduos em hospitais, com o objetivo de fornecer tratamento médico, coincidiu com a categorização dessas pessoas como doentes mentais. Entretanto, mesmo sendo rotulados como “doentes”, o consumo de SPA muitas vezes não é reconhecido como um problema de saúde legítimo por parte dos profissionais da área. Em vez disso, é comum que tais comportamentos sejam atribuídos a uma suposta falta de caráter, responsabilizando os próprios usuários por suas condições. Assim, o termo “doente”, nessas circunstâncias, é frequentemente associado a julgamentos morais e éticos, ao invés de ser compreendido dentro do âmbito da saúde mental (Melo & Maciel, 2016; Ronzani & Silveira, 2014).

Diante do exposto, é evidente que ao longo da história, diversas condições de saúde foram estigmatizadas, especialmente no que diz respeito aos transtornos mentais e ao uso abusivo de SPA, com os usuários sendo associados de diferentes formas à periculosidade. Este tema é de extrema relevância para profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois lidam diariamente com pessoas que enfrentam transtornos mentais graves e persistentes, assim como com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Afinal, o estigma associado à loucura e ao uso de drogas pode levar a uma abordagem inadequada por parte dos profissionais de saúde, o que pode agravar a situação dos sujeitos atendidos.

Dessa forma, a escolha do tema para realização da pesquisa se deu a partir do incômodo em relação aos estigmas associados aos sujeitos e também aos serviços de saúde mental como o CAPS e CAPS ad,

que também são alvo de preconceitos e visões reducionistas e equivocadas por parte das pessoas que não conhecem os serviços ofertados. Foi fundamental ouvir profissionais que atuam nesses espaços, pois além de lidarem diariamente com esse público, estão imersos na sociedade que (re)produz discursos estigmatizantes. Os serviços em questão, estão localizados em um município no interior do Brasil, onde o acesso aos serviços de saúde mental é mais limitado e há escassez de recursos e profissionais especializados (Ministério da Saúde, 2020). Portanto, também foi de grande importância abordar a vivência e percepção de cada trabalhador/a inserido/a nessa realidade.

Com o objetivo de contribuir para essa temática, este estudo propôs analisar as concepções de profissionais que trabalham nos CAPS I e CAPS ad sobre a interconexão entre loucura, uso abusivo de SPA e periculosidade. Especificamente, buscou-se compreender a percepção de profissionais sobre a possível relação entre loucura e periculosidade (no CAPS I) e sobre usuários de SPA e periculosidade (no CAPS ad); identificar suas visões sobre o cuidado oferecido aos usuários em sofrimento psíquico e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas; e, por fim, comparar as concepções entre os/as profissionais que trabalham no CAPS I e CAPS ad.

Nesse sentido, esta pesquisa foi delineada com as seguintes questões: Quais são as concepções dos/as profissionais que trabalham em serviços de saúde mental sobre a loucura e o uso de substâncias psicoativas? Existem diferenças de concepção entre esses serviços, considerando que um é especificamente voltado para cuidar de pessoas com problemas de uso de substâncias e o outro para pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes? Como essas concepções influenciam as práticas de cuidado oferecidas aos usuários desses serviços?

Acredita-se que esta pesquisa pode contribuir para entender os desafios e as possibilidades da Reforma Psiquiátrica e das práticas de cuidado em saúde mental em uma região distante dos grandes centros urbanos, ajudando a desconstruir crenças e concepções equivocadas sobre a loucura e o uso de drogas, e promovendo uma transformação cultural mais ampla para combater o estigma associado a essas pessoas e aos serviços.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa-descritiva. Conforme Uwe Flick (2009), a pesquisa qualitativa tem o intuito de compreender o significado subjetivo do objeto através das perspectivas dos participantes. Por sua vez, a pesquisa descritiva se caracteriza pela descrição de determinado fenômeno ou população, ou a relação entre variáveis, em que os pesquisadores sociais habitualmente realizam, preocupados com a atuação prática (Gil, 2002), que é o caso do presente estudo.

Foram entrevistados/as 12 profissionais que ocupam diferentes cargos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I e CAPS ad de um município do interior, localizado em um estado do sudeste do Brasil. O contato com as responsáveis pelas instituições foi efetuado por telefone, para agendamento de reunião com todos/as os/as funcionários/as, a fim de apresentar a pesquisa e perguntar-lhes sobre o interesse (ou não) de participar. Após a obtenção do consentimento dos/as participantes, da autorização das instituições coparticipantes e a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (CAAE nº 71039023.0.0000.8207), as entrevistas foram agendadas individualmente, nas respectivas instituições. Os dias e horários foram combinados previamente de acordo com a disponibilidade de cada funcionário/a.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado composto por 10 questões. O objetivo deste roteiro foi compreender as percepções dos/as profissionais acerca da interconexão entre loucura, uso abusivo de substâncias psicoativas e periculosidade, além de identificar as percepções sobre o cuidado dispensado aos usuários em sofrimento psíquico e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

As entrevistas tiveram duração variável, com tempo médio de 20 a 40 minutos cada. Para garantir o anonimato dos/as participantes (assim como optaram), eles/as foram codificados de forma aleatória,

designados como profissional 1 ao profissional 12. Os áudios das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos, formando um *corpus* textual único.

Os dados foram analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), possibilitada pelo *software* IRaMuTeQ. O método da CHD possibilita a análise das raízes lexicais e o contexto em que as classes se apresentam de acordo com o segmento do corpus textual da entrevista. Após o processamento e o agrupamento quanto às ocorrências das palavras, a CHD gera um dendograma das classes. O dendograma é uma representação gráfica que não apenas exibe as classes, mas também ilustra as relações entre elas, uma vez que estão interligadas. É responsabilidade do/a pesquisador/a, munido/a de experiência no conteúdo das entrevistas, interpretar as classes representadas no dendograma e atribuir-lhes nomes significativos (Souza, Wall, Thuler, Lowen, & Peres, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

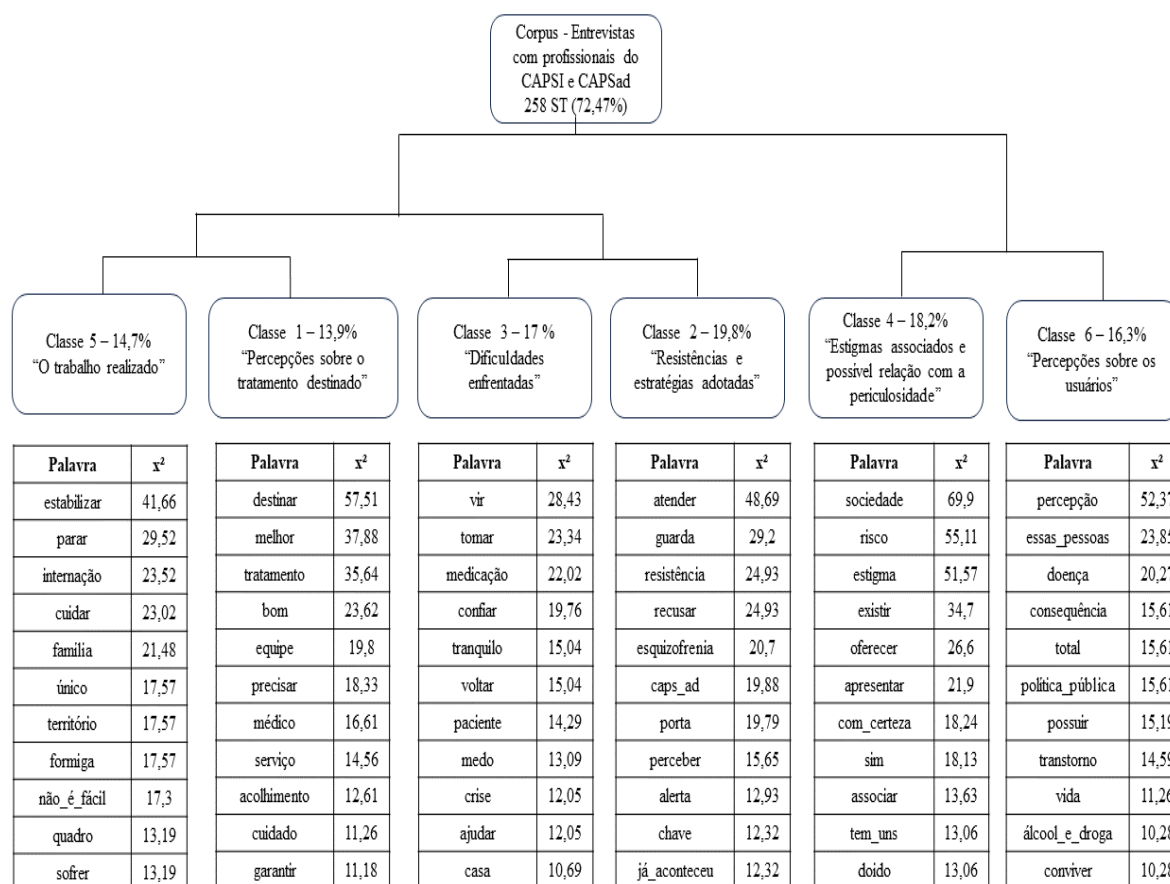
Das 12 pessoas entrevistadas, metade atua no CAPS I e metade no CAPS ad, sendo 8 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. As idades variam de 28 a 62 anos, com média de 42 anos. Quanto à experiência, algumas estão no serviço desde a inauguração (há 20 anos), enquanto outras iniciaram há pouco tempo (5 meses, por exemplo) conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos/as profissionais do CAPS I e CAPS ad.

Profissionais	Idade	Sexo	Tempo Atuação	Serviço em que atua
Profissional 1	32 anos	Feminino	3 anos	CAPS ad
Profissional 2	43 anos	Feminino	3 anos 8 meses	CAPS ad
Profissional 3	42 anos	Masculino	9 anos	CAPS ad
Profissional 4	49 anos	Feminino	6 anos	CAPS ad
Profissional 5	54 anos	Feminino	5 meses	CAPS ad
Profissional 6	34 anos	Feminino	9 meses	CAPS ad
Profissional 7	37 anos	Feminino	13 anos	CAPS I
Profissional 8	38 anos	Masculino	1 ano 4 meses	CAPS I
Profissional 9	28 anos	Feminino	4 anos	CAPS I
Profissional 10	32 anos	Feminino	9 meses	CAPS I
Profissional 11	62 anos	Masculino	5 meses	CAPS I
Profissional 12	54 anos	Masculino	20 anos	CAPS I

A transcrição das entrevistas gerou um *corpus* de aproximadamente 42 páginas e 22.250 palavras. O dendograma gerado pela CHD é ilustrado na Figura 1.

Na primeira partição, o *corpus* foi dividido em dois *subcorpora*. A primeira repartição (lado esquerdo) originou duas subrepartições, sendo que a primeira originou a classe 5 e 1, e a segunda originou as classes 3 e 2. Na segunda repartição (lado direito), foram originadas as classes 4 e 6.

Figura 1. Dendograma formado pelo pela CHD

ESTIGMAS ASSOCIADOS E POSSÍVEL RELAÇÃO COM A PERICULOSIDADE

A classe 4, nomeada como “Estigmas associados e possível relação com a periculosidade”, representou 18,2% dos seguimentos de texto. Essa classe compreendeu termos como “acreditar”, “risco”, “sociedade”, “estigma”, “existir”, “oferecer”, “apresentar”, “com_certeza”, “sim”, “associar”, “tem_uns” e “doido”. Ela aponta para os estigmas que profissionais acreditam existir por parte da sociedade em geral, relacionados às pessoas com transtornos mentais e pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, além de suas opiniões sobre a questão da periculosidade. Destaca-se os termos “sociedade”, “sim”, e “com_certeza”, no qual todos/as os/as entrevistados/as afirmam que essas pessoas são estigmatizadas.

As falas a seguir demonstram as percepções dos/as profissionais do CAPS ad no que se refere aos estigmas relacionados às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas:

o estigma vem por eles serem vistos enquanto fracos, enquanto pessoas que não têm força para poder encarar a vida, então por isso usam o álcool e a droga como desculpa. São vistos alguns como bandidos, as pessoas entendem o cuidado em saúde_mental especificamente em relação ao álcool e a droga como caso de polícia. E acaba sendo uma luta ... O estigma é muito grande, é uma luta que eles travam diariamente. (Profissional 2, CAPS ad, [grifos nossos])

Na maioria das vezes, a sociedade prefere menosprezar, achar que eles já estão perdidos, não tem mais jeito, eles são muito menosprezados. (Profissional 3, CAPS ad, [grifos nossos])

Lógico que existe estigma associado a essas pessoas na sociedade, com certeza. Nós vivenciamos isso no bairro com os vizinhos, direto somos chamados atenção por vizinhos ... Você percebe esse estigma em volta do nosso prédio. Se aqui eles têm esse estigma, imagina lá fora. (Profissional 4, CAPS ad, [grifos nossos])

Juliana Melo e Silvana Maciel (2016), em seu estudo sobre a representação social dos usuários de drogas, destacam a persistência da concepção desses indivíduos como “mau caráter” e “não confiáveis”. Eles argumentam que tais representações têm suas raízes na política proibicionista, a qual, ao criminalizar o uso de drogas, reforçou a associação entre o usuário e o estigma do criminoso e do bandido, conferindo-lhe uma percepção socialmente perigosa. No entanto, é crucial questionar: seriam todos os usuários de álcool e drogas potencialmente perigosos? São todos percebidos da mesma forma? Para ilustrar essa questão, é pertinente considerar a seguinte fala de uma das entrevistadas:

qualquer pessoa está suscetível a estar no caps_ad ... Atendemos pessoas em situação_de_ rua, mas eu também tenho paciente_médico, paciente_professor, paciente_veterinário ... nós temos também uma relação de preconceito, quem é esse corpo que está vindo para o caps_ad. Dependendo de quem é o corpo, as pessoas tem pena, dependendo de quem é a pessoa, as pessoas vão tratar como bandidos. Tem isso também, as diferenças de classe, gênero e raça. Aquele que está em situação_de_ rua, por exemplo, é visto como corpo perigoso, e os outros, o corpo que está em perigo. (Profissional 2, CAPS ad, [grifos nossos])

Em concordância com profissionais do CAPS ad, os/as trabalhadores/as que atuam no CAPS I também argumentam que existem estigmas relacionados às pessoas com transtornos mentais por parte da sociedade, o que acaba muitas vezes interferindo de forma negativa no tratamento destinado a esse público:

Acredito que existe muito estigma relacionado a essas pessoas na sociedade. Muito. O estigma do doido, do agressivo, do irresponsável, do marginal, do à toa, do vagabundo, do relaxado ... ‘Ah ele não trabalha porque ele não quer, ele não faz as coisas porque ele quer, porque ele é preguiçoso’ ... Isso é muito presente, pela sociedade em geral e até pros próprios familiares. (Profissional 7, CAPS I, grifos nossos)

É triste, mas acontece. E isso acaba atrapalhando muito o tratamento do paciente, que fica indignado, não aceita. Tem paciente que quer trabalhar e ninguém dá o emprego, fica bem chateado e acaba que não quer tomar mais medicação porque não vê motivo. Se o que ele quer não consegue, para que vai tomar medicação se ‘não adianta nada?’ (Profissional 8, CAPS I)

Segundo Salomé Xavier, Catarina Klut, Ana Neto, Guida Ponte e João Melo (2013), o termo “estigma” deriva do grego antigo “*steizen*”, que designa a marca que era gravada nos corpos de escravos e criminosos, caracterizando-os como pessoas de menor valor na sociedade. Mesmo que o estigma da doença mental não decorre da presença de uma marca física, é evidente que impacta negativamente a saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico, sendo uma fonte de sofrimento. Esse estigma representa barreiras significativas no que diz respeito à realização de projetos sociais, acesso aos cuidados de saúde e oportunidades, além de prejudicar a autoestima dos afetados.

Como citado anteriormente, a classe 4 também apresenta as opiniões dos/as trabalhadores/as dos serviços no que se refere à possível relação dos usuários com a periculosidade e se apresentam risco para a sociedade. As concepções ficaram divididas, sendo que algumas afirmam não acreditar que existe relação entre loucura e periculosidade, e uso abusivo de substâncias psicoativas e periculosidade, enquanto outras acreditam nessa possível relação. Algumas acreditam que não oferecem risco para a sociedade, mas existe a relação com a periculosidade. Outras acreditam que oferecem risco, mas não existe a relação com a periculosidade.

Vale ressaltar que, de acordo com o dicionário *Aurélio*, “risco” é definido como “perigo ou possibilidade de perigo” (Ferreira, 2010, p. 1847). Já periculosidade define-se como “estado ou qualidade de perigoso” (Ferreira, 2010, p. 1835). Dessa maneira, o risco estaria ligado com a possibilidade de existir perigo, já a periculosidade seria a característica daquele que é perigoso.

Para Debora Diniz (2011, p. 15), periculosidade é “um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos”. A autora argumenta que não há evidências científicas na literatura internacional que justifiquem a periculosidade intrínseca a diagnósticos psiquiátricos. Ela reconhece que os fatores desencadeantes que levam uma pessoa a cometer um delito são variados e incluem a falta de políticas sociais eficazes para essa população, negligência por parte das redes de cuidado e proteção e falta de acesso a tratamento de saúde adequado.

Corroborando essa perspectiva, destaca-se a fala da profissional do CAPS I:

Não acredito que que essas pessoas apresentam algum risco para a sociedade. Nenhum. Risco eminente da convivência de seres humanos. Não é porque ele é portador de transtorno_mental que ele vai se manifestar como uma pessoa violenta, agressiva. Em algum momento da crise, pode ser que sim, mas não é um determinante e não é uma condição invariável ... Então, pra mim, realmente, é bem preconceituosa essa ideia. Acho que é uma ideia mesmo de marginalização, de separação mesmo da sociedade. Acho que quando passamos por um tipo de violência, você se questiona, assim, muitas vezes, será que é isso mesmo? Mas quando você volta a vivenciar, você vê que a violência, a agressão, vai ser 1 ou 2 por cento das experiências. Eu acho que é realmente senso comum ... é uma forma que a própria sociedade teve de condicionar mais um problema ao louco (Profissional 7, CAPS I, [grifos nossos])

Apesar disso, quanto aos/as profissionais do CAPS I, as opiniões ficaram divididas. Em geral, a associação entre loucura e periculosidade foi feita em situações em que os pacientes estão em crise.

Alguns apresentam sim risco a sociedade. Alguns são pacientes que sem a medicação ficam muito agressivos ... Eu acredito que são poucos que apresentam risco para a sociedade, daqui os que atendemos, para risco, é a menor parcela com_certeza. A maioria são bem tranquilos ... Na minha percepção, em alguns casos há uma relação entre a loucura e periculosidade. Acho relativo falar, não tem como eu falar que todos são, mas eu acredito que loucura e periculosidade têm sim um link. (Profissional 8)

Eu acredito que a pessoa que tem transtorno_mental precisa de cuidados. Então, assim, o risco na verdade começa mesmo quando ele não está em tratamento, quando muitas vezes ele não tem acesso ao tratamento, ou o que acontece às vezes é quando não tem um suporte familiar. E essa ausência de suporte familiar pode gerar danos muito sérios à saúde_mental e consequentemente pode sim oferecer riscos a ele e a terceiros ... Uma das coisas que eu vejo muito no meu dia_a_dia de pessoas que são externas a esse ambiente e que não lidam com esse público, é de ver a pessoa com transtorno_mental, principalmente os transtornos mentais graves, como uma pessoa perigosa, como uma pessoa que se não tiver com a medicação ela é muito perigosa.

E sabemos que o paciente em crise, ele mesmo, a família pode estar em risco, mas eu vejo algo exacerbado ... eu vejo muito mais como um ser humano que precisa de cuidado e atenção especializada. (Profissional 9)

Já no CAPS ad, na maioria dos casos em que se defende a relação com a periculosidade quanto aos usuários do serviço, estão ligadas a situações específicas, assim como quando estão sob o efeito do uso de substâncias. Dessa forma, acreditam que é uma minoria, daí o termo “tem_uns”:

do jeito que eles ficam alterados e violentos aqui_dentro, tem_uns que sim. ... então tem_uns pacientes que sim, infelizmente. Eu penso que é uma minoria pelo que vemos no caps_ad, se pegar a quantidade de paciente e a quantidade de episódio que aconteceu é uma minoria. Não é todo mundo que é usuário de droga, que está nas_ruas, que é um assassino em potencial não, ou que é perigoso. (Profissional 4, CAPS ad, grifos nossos)

Eu acredito que apresentam risco para a sociedade. Principalmente o crack, quando eles estão sem, vão assaltar, vão roubar, matam até. Eu acredito que sim, os riscos estão mais relacionados quando estão sob o efeito da droga ou na abstinência para conseguir a droga ... Não acredito que necessariamente há uma relação. Não existe ‘as pessoas são’. Existe pessoas que usam e ficam de_boa e outras são agressivas. Então, não todas, mas algumas sim. (Profissional 5, CAPS ad, [grifos nossos])

Eu não acho que há uma relação. Eu acho que essas loucuras, principalmente as que estão no caps_ad, elas são muito produzidas, pelo menos é o que percebo. Elas são sempre consequências de ... é consequência de situação social, consequência do desemprego, consequência da violência, consequência de algo externo que acaba reverberando na saúde_mental das pessoas. (Profissional 2, CAPS ad, grifos nossos)

Nesse contexto, é fundamental ressaltar o ponto de vista de profissionais quando mencionam o efeito do uso de substâncias ou da abstinência como um fator de risco, tanto para o indivíduo quanto para o ambiente externo a ele. Além disso, é crucial reconhecer que o uso dessas substâncias é frequentemente uma resposta a diversos fatores que permeiam a vida dessas pessoas. Torna-se ainda mais relevante compreender que o uso de substâncias psicoativas é uma condição de saúde complexa e multifacetada.

O uso abusivo de SPA pode desencadear alterações cognitivas, na personalidade e no comportamento. Dentro dessas alterações, podem ocorrer comportamentos agressivos, ansiedade e descontrole emocional, aumentando o risco de situações de violência e descontrole. Ainda nesse sentido, vale destacar que a relação que o indivíduo tem com a substância varia de acordo com o contexto que está inserido e a forma que utiliza, apresentando em alguns casos baixos riscos. Contudo, padrões exacerbados de uso podem ser disfuncionais acarretando os prejuízos supracitados (Ronzani & Silveira, 2014).

PERCEPÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS

A classe 6, nomeada como “Percepções sobre os usuários” representou 16,3% dos seguimentos de texto. Ela ilustrou a percepção dos/as trabalhadores/as em relação aos usuários. Essa classe compreendeu termos como “percepção”, “essas_pessoas”, “doença”, “consequência”, “total”, “política_pública”, “possuir”, “transtorno”, “vida”, “álcool_e_droga” e “conviver”. Destacando a palavra “consequência”, a maioria dos/as profissionais do CAPS ad, no que se refere à percepção sobre os usuários, acreditam que o uso de substâncias acontece devido a diversos fatores:

A minha percepção a respeito das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas é que o álcool e a droga vêm como uma válvula de escape, uma vez que os serviços ou a saúde mental em si enquanto política pública não chega. Então quem chegou primeiro foi o álcool e outras drogas, por isso essas pessoas estão da forma que estão. E quando elas chegam no caps ad, chegam já muito no fundo do poço (Profissional 2, CAPS ad, [grifos nossos]).

A minha percepção é que devido ao tratamento uns conseguem ter a melhora, uns até param de usar e voltam a viver a vida normal. Os problemas decorrentes são por conta do uso de álcool e outras drogas. (Profissional 3, CAPS ad, [grifos nossos])

Eu percebo que são pessoas que tiveram problemas, falando dos nossos casos. Problemas tanto no nível familiar quanto no nível social, então todos eles tiveram algum problema de base que os levou a buscar uma fuga no uso de drogas, a grande maioria". (Profissional 4, CAPS ad, [grifos nossos])

Para o Conselho Federal de Psicologia (2016), é inaceitável compreender a dependência como meramente química. As alternativas proibicionistas e de medicalização, além dos tratamentos que exigem internação e abstinência, reduzem uma questão que é complexa como meramente médica, reproduzindo a lógica manicomial.

Ao se referir às pessoas com transtornos mentais, os/as profissionais do CAPS I também convergem opiniões, enxergando essas pessoas para além do transtorno, mas citando sempre as dificuldades de trabalhar com esse público:

Pensar nessas pessoas é pensar em pessoas com sofrimento psíquico, mas pessoas que têm total condição de ter uma vida de qualidade e uma vida com acesso à trabalho, conviver com sua família. São pessoas que o transtorno, a doença em si, não pode e não deve determinar quem são essas pessoas. (Profissional 9, CAPS I, [grifos nossos])

Minha percepção sobre essas pessoas que possuem transtornos mentais, eu acho que são pessoas que são afetadas dependendo da doença, de que forma ela se manifesta, de forma que interfere na vida dela em tudo. Então eu acho assim, que o enfrentamento da doença ele é complicado, ele é difícil, não só pelo que a doença se apresenta, mas também com todos os estigmas, com todos os mitos, os preconceitos e as limitações que muitas vezes a própria sociedade impõe". (Profissional 7, CAPS I, [grifos nossos])

Concordamos com Adriana Leão e Isabela Lussi (2021) quanto à persistência dos estigmas em torno das pessoas em sofrimento psíquico, apesar das transformações desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste estudo, no entanto, revelou uma visão ampliada e alinhada aos princípios psicossociais e antimanicomiais entre os/as profissionais entrevistados/as. Em geral, esses/as profissionais reconhecem a multiplicidade de fatores que influenciam o uso de álcool e outras drogas, assim como enxergam as pessoas com transtornos mentais como indivíduos capazes de viver plenamente suas vidas.

O TRABALHO REALIZADO

A segunda repartição do corpus originou mais duas repartições: uma com a classe 5 e 1 e a outra com as classes 3 e 2, que também se diferenciam entre si. A classe 5, denominada “O trabalho realizado” representou 14,7% dos segmentos de texto, compreendendo termos como “estabilizar”, “parar”, “internação”, “cuidar”, “família”, “único”, “território”, “formiga”, “não é fácil”, “quadro” e “sofrer”.

Esses termos apontam para o trabalho realizado, assim como as dificuldades enfrentadas no serviço, no qual se destacam os termos “não_é_fácil” e “formiga”, que demonstram que o trabalho realizado é um “trabalho de formiguinha”, com muitos processos, até mesmo de conversar com as famílias, que muitas vezes acreditam que o cuidado está relacionado à internação.

A Reforma Psiquiátrica atualmente é ameaçada por graves retrocessos, e um exemplo disso é o destaque que as comunidades terapêuticas de viés religioso vêm ganhando para a problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas. Em outubro de 2017, uma Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas conjunta foi realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Ministério Público Federal (MPF) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). Foram visitadas 28 instituições nas cinco regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal). Conforme apontaram as vistorias, as Comunidades Terapêuticas atendem principalmente pessoas que fazem uso de drogas em regime de internação, entretanto, cada vez mais, novos públicos são incorporados, como pessoas com outros transtornos mentais, com práticas violadoras de direitos.

Dessa maneira, considera-se que esse “trabalho de formiguinha” está ligado aos enfrentamentos diversos no que se refere ao cuidado em saúde mental. Os retrocessos são exemplos disso, pois vão na contramão da luta antimanicomial. Além disso, os paradigmas ainda existentes no imaginário social, dificultam o tratamento aos usuários:

Precisamos ter esse resgate do sujeito dentro do seu território, no protagonismo da vida dele. ... Muitas vezes o sujeito ele não quer viver o que você propõe no PTS dele, porque ele tem as vontades dele, ou porque ele não acha que se encaixa. ... Então não_é_fácil. Falamos que todo trabalho em saúde_mental é de formiguinha, é processo, alguns têm melhora imediata, outros não, são anos. (Profissional 7, CAPS I, [grifos nossos])

A própria questão da internação psiquiátrica, ela ainda é muito vista como a única forma de cuidado, então temos que trabalhar isso diariamente com a família e com o próprio paciente, que ela só cabe em alguns casos, porque muitas vezes o familiar chega aqui pensando que a internação seria a única escolha, e nós falamos sobre a questão do acompanhamento ambulatorial, que é o mais viável, que é o que está dentro do território, perto da família. (Profissional 12, CAPS I, [grifos nossos])

Quando eu cheguei no caps_ad tinha um usuário que chegava todo amarrado porque era a única forma que a família tinha de cuidar. Conseguimos trabalhar isso com a família, de ir desconstruindo isso, mostrando que era possível atender a pessoa sem esses recursos. (Profissional 2, CAPS ad, [grifos nossos])

A analogia feita com o “trabalho de formiguinha” também pode ser entendida como um trabalho que, para ser resolutivo, deve estar articulado em equipe. Segundo Maria Carvalho, Edméia Coelho, Jeane Oliveira, Rosália Araújo e Andíara Barros (2017), a Atenção Psicossocial, pautada na superação da lógica manicomial, se alicerça como política pública. Dessa maneira, demarca saberes e fazeres atravessados por um ideário ético-político, que substitui a psiquiatria organicista e médico-centrada por dispositivos estratégicos de saúde mental, como os CAPS.

No entanto, vale destacar que os CAPS, por comporem à RAPS – que destina o atendimento das demandas decorrentes de transtornos mentais ou por uso de álcool e outras drogas – não funcionam sozinhos. Para que funcionem, eles dependem da rede. Afinal, é a rede que substitui a lógica manicomial, e não o serviço por si só. Dessa maneira, para ser caracterizada como potente, precisa estar muito bem articulada, pois um serviço necessita permanentemente do outro. Porém, muitas vezes, a prática em saúde mental fica centralizada no CAPS, não sendo exercida em rede, por falta de articulação e comunicação (Carvalho et al., 2017).

Nesse contexto, uma das causas desse problema reside na prevalência de um pensamento que vincula a saúde mental exclusivamente aos serviços especializados, resultando na prática em uma fragmentação em vez de promover um trabalho integrado e abrangente. Esses desafios exercem um impacto negativo na implementação da clínica ampliada e na lógica do trabalho psicossocial. Isso porque os CAPS, em muitos casos, podem reiterar essa dinâmica, ficando encapsulados em si mesmo, com dificuldade de se integrarem de forma ampla ao território e de adotarem práticas clínicas emancipatórias (Leitão, Andréa Dias, Tristão, Ronchi, & Avellar, 2020).

Apesar da rede ser pautada na intersetorialidade e muitos avanços terem sido construídos pelo marco das políticas públicas, a rede intersetorial ainda é frágil. A intersetorialidade remete ao sentido de complementariedade de práticas. Não se opõe à ação setorial, mas aponta para a necessidade de combinar essas dimensões. Portanto, parte de uma tentativa de construir um pensamento coletivo, e aos profissionais cabe a atuação de forma interdisciplinar, multiprofissional, com responsabilidade integral sobre a população (Mendonça & Lanza, 2021).

PERCEPÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DESTINADO

A classe 1, denominada “Percepções sobre o tratamento destinado” representou 13,9% dos segmentos de texto. Compreendeu termos como “destinar”, “melhor”, “tratamento”, “bom”, “equipe”, “precisar”, “médico”, “serviço”, “acolhimento”, “cuidado” e “garantir”. Esses termos demonstram as percepções em relação ao tratamento destinado aos usuários. Todos/as os/as entrevistados/as, tanto do CAPS I quanto o CAPS ad, caracterizam o trabalho realizado como “bom”, e citam principalmente como potencialidade a equipe, mas também destacam dificuldades. Uma das principais dificuldades enfrentadas está ligada às faltas diversas, incluindo falta de médicos, equipe reduzida e falta de estrutura:

O tratamento destinado no caps I eu acho que deveria ser melhor se tivesse uma equipe maior. Nós estamos agora com problema de médico. Limitaram, saíram uns 3 médicos já. (Profissional 12, CAPS I, [grifos nossos])

Minha percepção do tratamento destinado aos usuários, é que temos potencial, mas hoje o tratamento está precário por falta de estrutura mesmo ... Quando eles vêm fazer acolhimento, na maioria das vezes eles estão muito mal, então eles precisam de um atendimento médico rápido e um atendimento farmacológico rápido, e não temos médico. A agenda de médico está para a segunda quinzena de novembro. (Profissional 6, CAPS ad, [grifos nossos])

Hoje o tratamento destinado aos usuários, por tudo que já evoluímos, eu penso que poderíamos estar melhor se nós tivéssemos mais apoio da gestão. Eu acho que poderíamos ter caminhado mais, temos potencial para caminhar mais, mas mesmo com toda dificuldade, desenvolvemos um bom trabalho. Não vou dizer que é um trabalho de excelência, porque para isso, precisaríamos de comprometimento da gestão, mas com todas essas dificuldades desenvolvemos um bom trabalho. (Profissional 4, CAPS ad, [grifos nossos])

Minha percepção a respeito do tratamento destinado aos usuários do serviço é que é efetivo. Temos alguns gargalos da questão da medicação, do contexto familiar, do próprio contexto da cidade em acolher, o próprio território ter limitações da reinserção social se a gente for pensar. Não tem muitos lugares, se for parar pra pensar no nosso território, os lugares de produção de vida são bem reduzidos ... nós carecemos

de lugar de produção de vida, lugar que ofereça o próprio trabalho, espaços de convivência, espaços de lazer. (Profissional 7, CAPS I, grifos nossos)

Profissionais de ambas as instituições expressaram insatisfação devido à precariedade dos serviços, embora se esforcem para realizar um trabalho adequado. Esta situação está alinhada com os desafios mencionados por Suzane Correa (2011), que destaca a falta de investimento e comprometimento da gestão, a escassez de recursos e medicação, a falta de profissionais e os cortes na alimentação dos usuários. Esses fatores também foram mencionados por profissionais neste estudo. A falta de recursos impacta diretamente na manutenção da frequência dos usuários nos serviços, levando à desativação de oficinas terapêuticas devido à falta de materiais e pessoal qualificado.

Alguns profissionais destacam a prevalência da terapêutica medicamentosa, apesar da existência de outras formas de tratamento e profissionais que oferecem abordagens não medicamentosas nos serviços de saúde mental. Este recurso é frequentemente utilizado tanto por profissionais quanto por usuários que buscam tratamento. Laura Basoli e Sílvia Benelli (2019) enfatizam a importância de focar em cada indivíduo, considerando suas expressões, falas e comportamentos que indicam desconforto. Esse desconforto deve ser abordado de maneira singular, analisando como os sintomas se manifestam e influenciam a vida de cada sujeito, muitas vezes minimizado pelo modelo médico que busca soluções rápidas para qualquer desvio das normas sociais, resultando em uma construção de verdade sobre a doença (Foucault, 2005).

Por último, é importante ressaltar as dificuldades relacionadas aos “lugares de produção de vida”, em consonância com o conceito de “território” discutido anteriormente. Apesar do trabalho desenvolvido com os usuários fora do serviço, eles ainda enfrentam diversas limitações. A rotina desses indivíduos, a realidade em que vivem e o território como espaço de relações e vida são elementos cruciais para o progresso dos usuários nos serviços de saúde mental. Portanto, o cuidado não deve se restringir ao ambiente físico dos CAPS. É essencial acompanhar e conhecer o sujeito em seu território, nos lugares da cidade onde transita e reside (Leal & Delgado, 2007).

DIFICULDADES ENFRENTADAS

A última repartição originou as classes 3 e 2. A classe 3, nomeada como “Dificuldades enfrentadas” representou 17% dos segmentos de texto. Apresentou-se nessa classe termos como “vir”, “tomar”, “medicação”, “confiar”, “tranquilo”, “voltar”, “paciente”, “medo”, “crise”, “ajudar” e “casa”. Os/as entrevistados/as abordaram a respeito da aderência ao tratamento, pois alguns usuários não tomam a medicação da forma correta, deixam de tomar e acabam entrando em crise, recorrendo à medicação assistida. Além disso, destacam que a medicação não é o único meio promotor de melhora:

Hoje temos dois pacientes que fazemos medicação assistida. O paciente vem, eu entrego a medicação, o paciente toma a medicação na minha frente, aí eu garanto que ele está tomando ... tivemos um paciente em crise que não estava fazendo uso das medicações e entrou no caps1 agressivo. Não comigo, mas com todo mundo. (Profissional 8, CAPS I, [grifos nossos])

Tem pacientes que foram estabilizar com 5, 8 anos. Não é só a medicação que vai surtir efeito, temos que pensar em todos os fatores de risco, todos os fatores de melhora. Não é fácil, é uma temática difícil, mas não é impossível, mas demanda muito da equipe, da família e do próprio paciente. (Profissional 7, CAPS I, [grifos nossos])

Profissionais destacam também a importância do estabelecimento de vínculos dentro do serviço para facilitar o tratamento. Quando não há esse vínculo, os usuários tendem a não aceitar as propostas oferecidas, principalmente por falta de confiança:

Se o sujeito não tiver confiança em você e não ter vínculo, você pode falar o que quiser e ele não vai aceitar ... se levamos isso pra nossa vida, eu só vou confiar em quem eu sinto uma segurança ... então as peçoas só vão se aliar ao outro se tiver confiança. O paciente só vai permitir que você cuide dele se ele tiver confiança em você ... então quando o paciente ele te conhece, ele sabe o que você tem pra oferecer, mesmo se ele tiver numa crise, ele vai aceitar as intervenções porque temos vínculo. (Profissional 7, CAPS I, [grifos nossos])

Segundo Gastão Campos (2003), o fortalecimento de vínculo entre usuários, equipe, família e comunidade é essencial para uma prática de qualidade nos serviços de saúde mental. A formação desse vínculo depende da interação entre usuário e equipe, podendo alguns pacientes se vincularem a profissionais específicos como referência na instituição. A forma como o/a profissional se relaciona com o paciente pode influenciar diretamente sua sensação de segurança, acolhimento e confiança. Quando essa relação não se desenvolve de maneira positiva, pode resultar em dificuldades e distanciamento do usuário em relação ao serviço (Albuquerque, Brêda, Maynart, Silva, & Moura 2016).

Outra dificuldade mencionada está relacionada à falta de suporte familiar. Alguns usuários não contam com apoio da família, enfrentam preconceito dentro de casa e têm dificuldade para tomar a medicação por conta própria, como já mencionado anteriormente.

A rede de apoio é fundamental no tratamento. Muitas vezes, não conseguimos ir ao paciente todos os dias, não temos perna para isso, o que dá certo é fazer a medicação assistida no capsI ... quando não tem rede de apoio nenhum, o paciente fica totalmente desassistido em casa, fora do capsI. (Profissional 8, CAPS I, [grifos nossos])

preconceito em casa, na rua, no trabalho, às vezes tem demissões, principalmente a família são os que mais ajudam, mas é onde o paciente mais recebe crítica. (Profissional, CAPS ad, [grifos nossos])

Quando não há uma rede de apoio, o trabalho com os usuários se torna ainda mais desafiador, pois muitos necessitam de assistência para tomar a medicação e para dar continuidade ao tratamento, facilitando assim sua reintegração social. A família – em suas diversas conjunturas - desempenha um papel fundamental nesse processo, como mencionado anteriormente, pois o vínculo entre usuário, equipe e família é crucial para o sucesso do tratamento e o fortalecimento do cuidado em liberdade. No entanto, muitas famílias contribuem de forma negativa, excluindo o usuário do convívio devido ao preconceito e à falta de compreensão das limitações decorrentes dos transtornos mentais. Uma rede de apoio fortalecida proporciona um ambiente seguro e confiável, o que resulta em melhorias no quadro clínico dos pacientes e abre caminho para novas estratégias de cuidado que visam à autonomia (Costa, Pessôa, Soares, & Rocha, 2014).

No estudo realizado por Livia Cirilo e Pedro Oliveira (2008), foi analisado a participação familiar no tratamento de usuários de um CAPS. Os discursos dos usuários revelaram diferentes perspectivas em relação à participação familiar: alguns expressaram sofrimento pela falta de envolvimento familiar, enquanto outros destacaram a importância da participação da família e lamentaram sua ausência. Por outro lado, alguns usuários mencionaram a ausência da família e consideraram sua participação como não importante, pois muitas vezes atrapalham em vez de ajudar. Os autores ressaltam que não é surpreendente que as dificuldades e conflitos familiares sejam os principais desafios enfrentados no tratamento dos usuários.

Nesse sentido, é importante destacar que ao falarmos em rede de apoio, apontamos para relações além da ligação consanguínea. Rede de apoio pode ser pensada de diversas maneiras, que se baseia em amigos, família, vizinhos, instituições religiosas etc, assim como aquelas que abrangem as instituições

de serviço público que prestam cuidado e suporte para os indivíduos, como por exemplo os CAPS. Como citado anteriormente na fala do profissional 8, quando não há nenhum tipo de rede de apoio, os usuários ficam totalmente desassistidos, porém, quando há confiança em pelo menos um/uma profissional do serviço, o vínculo se estabelece e redes de apoio são formadas (Pizzinato, Pagnussat, Cargnelutti, Lobo, & Motta, 2018).

A palavra “medo” nesta classe refere-se à experiência de profissionais ao lidar com alguns usuários, especialmente no primeiro contato com o serviço, e às suas percepções sobre o medo associado a esses indivíduos quando demonstram comportamentos agressivos ou de cunho sexual:

Já tive resistência com usuários, homens principalmente, quando chegam no caps_ad muito alterados, alterados no sentido de ter uma postura mais violenta. Estamos dentro de uma sala fechada, pequena, e eu lógico enquanto mulher, se um cara está gritando eu vou ficar com medo ... tem uns que tenho medo, mas vai com medo mesmo, até conseguir reconstruir uma relação de confiança. (Profissional 2, CAPS ad, [grifos nossos])

A resistência com paciente, medo ou alerta, tem uns que causam já um pouco de desconforto. Tem questão de se masturbar na nossa frente, então evitamos de atender sozinhas. (Profissional 1, CAPS ad [grifos nossos])

O estudo de Paula Ferreira, Ana Figueiredo e Adalgisa Ribeiro (2015) sobre violência e agressão dentro do CAPS destaca que o sofrimento mental pode surgir de diversos conflitos, levando alguns indivíduos a manifestações agressivas como expressão de um mal-estar intenso. Enfatizam a importância de evitar estigmatizar os usuários em sofrimento psíquico, pois a agressividade não é exclusiva desses indivíduos, sendo uma característica inerente a todos os seres humanos.

No mesmo contexto, observou-se que mulheres enfrentam desafios específicos ao lidar com homens no atendimento do CAPS ad, especialmente diante de comportamentos agressivos ou de cunho sexual, refletindo questões presentes em outras relações sociais. Vale lembrar que a maioria das profissionais que atuam nos serviços pesquisados neste estudo, são mulheres. Além do mais, dos/as entrevistados/as, 8 foram mulheres, enquanto os homens totalizaram 4. De modo geral, a maioria dos homens que atuam nesses serviços ocupam cargos como guarda e médico. Cargos como a gestão, psicologia, assistência social, são mais ocupados por mulheres.

Valeska Zanella (2018) destaca a persistência da feminização de certas profissões ligadas ao cuidado, ressaltando a importância de considerar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres, que são maioria nos serviços de cuidado. Além disso, o estudo de Daiane Pai, Isabel Sturbelle, Cibele dos Santos, Juliana Tavares e Liana Lauteri (2018) mostra que profissionais tendem a não atribuir a culpa aos pacientes em situações de agressão, sendo que a maioria dos casos envolvendo pacientes “agressivos” são do sexo masculino, corroborando com as observações do presente estudo.

RESISTÊNCIAS E ESTRATÉGIAS ADOTADAS

Por fim, a classe 2 denominada “Resistências e estratégias adotadas”, representou 19,8% dos segmentos de texto. Destacou-se os termos “atender”, “guarda”, “resistência”, “recusar”, “esquizofrenia”, “caps_ad”, “porta”, “perceber”, “alerta”, “chave”, “já aconteceu”. Essa classe conecta termos relacionados aos momentos em que profissionais se perceberam alertas para atender usuários específicos, enfrentaram resistências durante sua prática profissional e adotaram estratégias nos atendimentos, incluindo a não recusa do atendimento.

Destacam-se falas de profissionais a respeito dos termos “atender”, “guarda”, “chave” e “alerta”:

Quando vemos que o paciente está agitado, quando vemos que ele não está atendendo às intervenções, sempre chamamos um colega pra atender junto ... fizemos como estratégia de cuidado pra equipe sempre atender em 2, 3, sempre atender com aquele profissional que ela tinha respeito, que ela tinha mais vínculo. Fazemos isso no dia a dia. (Profissional 7, CAPS I, [grifos nossos])

Até porque quando o guarda percebe que o paciente está alterado eles ficam por perto, mas temos receio de alguns pacientes sim. São casos bem específicos em que já fomos ameaçados pelo paciente, e a estratégia que temos é não atender sozinhos e o guarda fica sempre perto, atendemos de porta_aberta. (Profissional 4, CAPS ad)

Já teve momentos que eu atendi e deixei a chave atrás da porta, e o paciente entrou e fechou a porta. Outro que pegou a chave querendo me amedrontar e jogou a chave em cima da mesa. Isso no início. Hoje não, já chego e coloco na gaveta, não deixo na porta, já passei uns apuros no caps_ad. (Profissional 1, CAPS ad)

Os/as profissionais adotam estratégias diversas para lidar com situações de agressividade, que variam de acordo com cada instituição. Em geral, trabalham em equipe, atendem de porta aberta e solicitam a presença de um guarda próximo à sala. O estudo de Ferreira (2015) destaca outras estratégias, como questionar o motivo da agressão e contar com a colaboração de colegas para facilitar as intervenções, ressaltando a importância de uma equipe multiprofissional.

Uma estratégia semelhante abordada no estudo de Ferreira (2015) e observada neste estudo é a sinalização sobre pacientes que chegam agitados na recepção. Profissionais responsáveis pela recepção comunicam a equipe sobre a situação do paciente, permitindo que se preparem para o atendimento e adotem outras estratégias. É crucial evitar rotular o paciente como perigoso e agressivo, reconhecendo suas singularidades e potencialidades para além desses episódios de agressividade.

É importante destacar que tanto neste estudo quanto na pesquisa de Ferreira (2015), profissionais relacionam os atos agressivos às crises dos pacientes. No entanto, é fundamental evitar generalizações excessivas, pois nem todos os pacientes em crise apresentam comportamentos agressivos, e nem toda agressão tem origem na crise de quem enfrenta o sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retoma-se que os objetivos dessa pesquisa foram analisar as concepções de profissionais sobre uma possível relação entre loucura e periculosidade e uso de substâncias psicoativas e periculosidade, identificar suas percepções a respeito do cuidado prestado dentro desses serviços e comparar as concepções de ambos os serviços, visto que são públicos diferentes. Desse modo, destacam-se alguns pontos encontrados:

1. Os/as profissionais reconhecem a existência de uma possível ligação entre loucura, uso de substâncias psicoativas e periculosidade, associando o perigo a comportamentos agressivos observados em alguns usuários. Entretanto, há divergências quanto à generalização desse risco, com alguns profissionais enfatizando a minoria dos casos considerados “perigosos”.
2. O cuidado oferecido aos usuários é percebido como passível de melhorias, ressaltando as limitações estruturais que impactam na qualidade dos serviços. Apesar das dificuldades, os/as profissionais demonstram comprometimento em fornecer um cuidado adequado dentro de suas possibilidades.

3. Profissionais do CAPS ad identificam o “perigo” associado aos comportamentos agressivos desencadeados pelo uso de substâncias psicoativas ou sua abstinência. Em contraste, profissionais do CAPS I relacionam o “perigo” ao período em que os usuários estão em crise, o que pode resultar em comportamentos agressivos.

Foi observado que, mesmo em um ambiente de saúde mental fundamentado na abordagem anti-manicomial e embasado em avanços e debates substanciais, ainda persistem visões estigmatizantes dos usuários como potencialmente perigosos. Isso ressalta a persistência de preconceitos arraigados e estigmas históricos que permeiam há décadas a percepção dessas pessoas na sociedade. Por outro lado, também ficou evidente que os/as profissionais dos serviços pesquisados têm concepções positivas sobre os usuários, reconhecendo-os como sujeitos de direitos que necessitam de cuidado. Apesar das divergências nas concepções entre profissionais dos diferentes serviços, devido às características específicas de cada público atendido, ambos demonstraram comprometimento com a abordagem desinstitucionalizante.

As limitações encontradas estão relacionadas à escassez de estudos que abordem a percepção de profissionais que lidam diretamente com pessoas em sofrimento psíquico e uso de substâncias psicoativas quanto à periculosidade. Este estudo contribui para desmistificar crenças e concepções equivocadas, porém, ressalta a necessidade de estudos futuros para aprofundar essas questões nos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, Maria C. S., Brêda, Mércia Z., Maynard, Willams H. C., Silva, Darlan S. D., & Moura, Elaine C. M.** (2016). Relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial. *Cogitare Enfermagem*, 21(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483653826019>
- Amarante, P. D. C.** (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Fiocruz.
- Arantes, Marco A.** (2008). Para mim, Paraty - Alcoolismo e loucura em Lima Barreto. *SMAD. Revista eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4(1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100010&lng=pt&tlng=pt
- Basoli, Laura P. & Benelli, Sílvia J.** (2019). Medicalização como Sintoma Social Dominante. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(nspe.), 217-242. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200012
- Campos, Gastão W. S.** (2003). *Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família*. Saúde Paidéia; Hucitec.
- Carvalho, Maria F. A. A., Coelho, Edméia D. A. C., Oliveira, Jeane F. D.; Araújo, Rosália T., & Andiará R.** (2017). Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03295. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>
- Cirilo, Livia S. & Oliveira, Pedro** (2008). Saúde mental e CAPS: a importância do grupo de família. In *Anais do XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba*. https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosINIC/INIC0463_01_O.pdf
- Conselho Federal de Psicologia** (2016). *O louco infrator e o estigma da periculosidade*. Autor.
- Conselho Federal de Psicologia** (2017). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Autor.
- Correa, S. G. P.** (2011). *Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro* [Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro/RJ]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24702>
- Costa, Giliana M., Pessôa, Cecylia K. L., Soares, Camila A., & Rocha, Silmara A. M.** (2014). A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. *Cadernos ESP*, 8(1), 41-57. <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/75>
- Diniz, D.** (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. Letras Livres/ Editora Universidade de Brasília (UnB).
- Ferreira, A. B. H.** (2010). *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (5a ed.). Positivo.
- Ferreira, P. S., Figueiredo, A. E. B., & Ribeiro, A. P.** (2015). *Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde mental aos atos violentos e agressivos manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção psicossocial do estado do Rio de Janeiro* [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/RJ]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37118>
- Flick, W.** (2009). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes* (3a ed.). Artmed.
- Foucault, M.** (2005). *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-76). Martins Fontes.

- Foucault, M.** (2019). *História da Loucura* (12a ed.). Perspectiva.
- Gil, A. C.** (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). Atlas
- Leal, E. M. & Delgado, P. G. G.** (2007). *Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização*. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. Gomes, & R. A. Mattos (Orgs.), *Desinstitucionalização na saúde: contribuições para estudos avaliativos* (pp. 137-154). CEPESC.
- Leão, Adriana & Lussi, Isabela A. O.** (2021). Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200474. <https://doi.org/10.1590/interface.200474>
- Leitão, Iagor B., Dias, Andréa B., Tristão, Kelly G., Ronchi, Juliana P., & Avellar, Luziane** (2020). Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psicologia USP*, 31, e190011. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>
- Melo, Juliana R. F. & Maciel, Silvana C.** (2016). Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 36(1), 76-87. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000882014>
- Mendonça, Edna M. & Lanza, Fernanda M.** (2021). Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. *Revista Psicologia da Saúde*, 13(2), 155-164. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1090>
- Ministério da Saúde** (2020). *Mapa interativo aponta os serviços de saúde mental em todo o país*. Governo do Brasil. <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/mapa-interativo-aponta-os-servicos-de-saude-mental-em-todo-o-pais>>
- Moura, J. Silva, K. Pereira, C., & Teixeira, T.** (2022). *Transtornos Mentais: uma visão da sociedade sobre os portadores que cometem infrações* [Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Psicologia, Centro Universitário UNA, Barreiro/MG. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/8462de14-e847-4281-a1c1-437af188f162>
- Pai, Daiane D., Sturbelle, Isabel C. S., Santos, Cibele., Tavares, Juliana P., & Lauteri, Liana** (2018). Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27, e2420016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>
- Pizzinato, Adolfo, Pagnussat, Esequiel, Cargnelutti, Ezequiel, Lobo, Nathália S., & Motta, Roberta F.** (2018). Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. *Estud. Psicol.* (Natal), 23(2), 145-156. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180015>
- Ronzani, T. M. & Silveira, P. S.** (2014). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*. UFJF.
- Souza, Marli A. R., Wall, Marilene L., Thuler, Andrea C. M. C., Lowen, Ingrid M. V., & Peres, Aida M.** (2018). O uso do software Iramuteq na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52(1), 1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
- Xavier, Salomé, Klut, Catarina, Netto, Ana; Ponte, Guida & Melo, João C.** (2013). O estigma da doença mental: que caminho percorremos? *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 11(2), 10-21. <https://doi.org/10.25752/psi.4102>
- Zanello, V.** (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação* (1a ed.). Appris

Histórico	<i>Submissão: 18/03/2024 Revisão: 19/12/2024 Aceite: 20/01/2025</i>
Editor científico	<i>Dra. Marivete Gesser</i>
Contribuição dos autores	<i>Conceitualização: JM; IBL; TKS NF. Curadoria de dados: JM; IBL; TKS NF. Análise formal: JM; IBL; TKS NF. Investigação: JM; IBL; TKS NF. Metodologia: JM; IBL; TKS NF. Escrita original: Escrita - revisão e edição: JM; IBL; TKS NF.</i>
Financiamento	<i>Não houve financiamento.</i>
Consentimento de uso de imagem	<i>Não se aplica</i>
Aprovação, ética e consentimento	<i>O estudo foi aprovado pelas instituições Centro de Atenção Psicossocial I e Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas para serem realizadas as entrevistas, através da autorização assinada pelos gestores/as das respectivas instituições, assim como foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (CAAE nº 71039023.0.0000.8207). Cada participante também assinou um termo de consentimento livre e esclarecido.</i>