



**SUPERVISÃO  
CLÍNICO-INSTITUCIONAL  
NA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL  
RAPS**

# *CAPS COMO BEM TE QUERO*



Brasília – DF  
2026



Núcleo de Saúde  
Mental, Álcool e  
Outras Drogas  
(NUSMAD)



FIOCRUZ | Brasília



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO DO  
**BRASIL**  
DO LADO DO POVO BRASILEIRO





**SUPERVISÃO  
CLÍNICO-INSTITUCIONAL  
NA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL  
RAPS**

# *CAPS COMO BEM TE QUERO*

Brasília – DF  
2026



Núcleo de Saúde  
Mental, Álcool e  
Outras Drogas  
(NUSMAD)



FIOCRUZ | Brasília



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO DO  
**BRASIL**  
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

2026 Fiocruz

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

1ª edição – 2026 – versão impressa

*Elaboração, distribuição e informações:*

FIOCRUZ

Avenida L3 Norte, s/n - Campus Universitário Darcy Ribeiro (Gleba A)Asa Norte

CEP: 70904-130 – Brasília/DF

Site: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br>

E-mail: nusmad@fiocruz.br

*Autores:*

Ana Marta Lobosque

Silvio Yasuí

Károl Veiga Cabral

*Revisão técnica:*

Barbara Coelho Vaz

Vanuse Maria Resende Braga

Ana Lúcia Ferraz Amstalden

Bruno Ferrari Emerich

*Colaboradores:*

André Vinicius Pires Guerrero

Cláudia Mendes Feres

Ellen Cristina Ricci

Erotildes Maria Leal

Ricardo Lugon Arantes

Ricardo Sparapan Pena

Rosana Teresa Onocko-Campos

Tânia Maris Grigolo

*Projeto gráfico e diagramação:*

Fernanda Almeida

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Lobosque, Ana Marta  
CAPS bem querer [livro eletrônico] / Ana Marta  
Lobosque, Silvio Yasuí, Károl Veiga Cabral. --  
1. ed. -- Brasília, DF : Fiotec, 2026.  
PDF

ISBN 978-65-84901-72-8

1. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)  
2. Comportamento humano - Aspectos psicológicos  
3. Psicologia 4. Saúde mental 5. Saúde pública  
I. Yasuí, Silvio. II. Cabral, Károl Veiga.  
III. Título.

26-362171.0

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Centros de Atenção Psicossocial : Saúde mental:  
Problemas sociais 362.109

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## CAROS SUPERVISORES

É com imensa satisfação que Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD) do Ministério de Saúde, em parceria com o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (NUSMAD) da Fiocruz - Brasília executa o projeto de Supervisão Clínico-Institucional em mais de 300 CAPS no País. Neste cenário de tanta adversidade nos territórios, anos sem investimento e apoio técnico aos CAPS sabemos da importância estratégica da supervisão como espaço de cuidado aos trabalhadores, de educação permanente, de qualificação das práticas e de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reafirmando os princípios da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade.

Sabemos que os CAPS são serviços estratégicos da RAPS destinados ao cuidado integral de pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Organizados de forma territorial e comunitária, os CAPS, a partir do cuidado em liberdade, da garantia de direitos, da construção de projetos terapêuticos singulares e da articulação com outros serviços e recursos do território, promovem a atenção psicossocial. Esses serviços desempenham papel fundamental na substituição do modelo manicomial, na promoção da cidadania e na defesa dos direitos das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental.

A supervisão clínico-institucional é uma estratégia de apoio técnico e pedagógico que promove a reflexão coletiva sobre os processos de trabalho, as práticas de cuidado e as dinâmicas institucionais dos serviços de saúde, especialmente no campo da saúde mental. Desenvolvida de forma dialógica e territorializada, ela articula as dimensões da clínica e institucional, possibilitando a análise dos casos, das relações de equipe e das condições organizacionais que atravessam o cuidado. A supervisão contribui para o fortalecimento dos trabalhadores, a qualificação das intervenções, a sustentação dos princípios da atenção psicossocial e a construção de práticas alinhadas ao cuidado em liberdade e aos direitos das pessoas usuárias.

É notório que os territórios são diversos e as dificuldades a serem superadas se apresentam de forma distinta a cada supervisor. De tal modo que há necessidade de garantir espaços de trocas e a produção de materiais que nos guie em um bem comum.

Agradecemos imensamente a contribuição de cada supervisor em seu território e o compromisso com a qualificação da RAPS!

Que esse documento contribua com a prática de cada um de vocês!

### **Marcelo Kimati**

Diretor do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD/Ministério da Saúde)

### **André Guerrero**

Coordenador do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (NUSMAD/Fiocruz Brasília)





## CAPS COMO BEM TE QUERO

Caro leitor,

Neste momento em que o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD) do Ministério de Saúde, em parceria com o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (NUSMAD) da Fiocruz, organiza e implementa processos de supervisão clínico-institucional em mais de 300 CAPS do país, parece-nos oportuno e necessário resgatar os princípios e diretrizes desses serviços, retomando os conceitos mais estruturantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e reavivando a potência dos CAPS na transformação e suporte à vida das pessoas com sofrimento mental.

A reforma psiquiátrica brasileira e todo o movimento social da luta antimanicomial que envolveu trabalhadores da saúde, pessoas com transtornos mentais, seus familiares e gestores públicos, desde a década de 1970, culminando na Lei Federal nº 10.216/2001, representa um importante capítulo na história do avanço dos direitos humanos no Brasil.

Muitas conquistas e avanços foram possíveis em um movimento potente que mudou definitivamente o cenário do cuidado em saúde mental no nosso país. Passamos de um modelo em que o cuidado prestado às pessoas com transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas era oferecido unicamente em ambientes hospitalares fechados e em grandes manicômios, produtores de expressivos sofrimentos, isolamento e segregação, para outro modelo bem distinto, com diversos serviços abertos, inseridos no meio das cidades, que atuam como centros a partir dos quais se articulam múltiplas formas de cuidado.

Assim nasceram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na perspectiva da mudança e com uma proposta ousada e inovadora: não isolar as pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas para que recebam o tratamento necessário, além de lutar contra estigmas e preconceitos, acolhendo e escutando as pessoas em sofrimento mental. Os CAPS se propõem a ofertar e apoiar o cuidado na comunidade, na cidade e na família, nos laços afetivos, promovendo a cidadania e possibilidades de inserção cultural, social, política e econômica.

Mais de 30 anos se passaram desde a inauguração dos primeiros CAPS no Brasil, com histórias potentes e emancipadoras na transformação da vida das pessoas que os frequentaram. Tivemos muito êxito na implantação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, a partir do Ministério da Saúde e dos pactos tripartites, definindo uma Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS, que expande e ainda mais potencializa e multiplica as ofertas e possibilidades de cuidado a partir dos CAPS.

No entanto, um novo cenário se desenha nesses primeiros 20 anos do século XXI. Novos desafios se colocam para a saúde mental de todos nós: pandemia, desastres climáticos, inseguranças econômicas, empobrecimento, tensionamentos políticos exacerbados, fortalecimento da cultura do ódio e da segregação, o reconhecimento das interseccionalidades que atravessam os sujeitos, a cultura digital. Situações como essas desencadeiam quadros de ansiedade, depressão, aumento do uso de substâncias, disparam ou agravam quadros de transtornos mentais pré-existentes. A própria RAPS é hoje mais complexa, mais diversa e demanda articulação intensa entre todos os seus pontos de atenção, dentro e fora do campo da saúde (assistência social, justiça, direitos humanos, escolas, mercado de trabalho), para cumprir o seu mandato de ofertar cuidado integral, a partir das necessidades das pessoas e de suas demandas. Ademais, um período de forte retrocesso nas políticas públicas no país afetou seriamente os serviços da RAPS, que hoje necessitam de reestruturação e apoio.

Nós nos perguntamos como um CAPS deve funcionar para ser, de fato, um CAPS? Como as equipes e gestores devem organizar os processos de trabalho para que o CAPS cumpra o seu papel de ofertar a clínica ampliada, que vai para além do cuidado médico e da ingestão de remédios, considerando todos os demais aspectos da vida da pessoa que sofre? Como

criar no CAPS um ambiente acolhedor e não segregador? Como e por que os CAPS devem produzir o cuidado também (e principalmente) fora de seus próprios muros e salas de atendimento? Como tecer fios de conexão e cuidado entre os diferentes pontos de atenção da rede? Como dar suporte e sustentabilidade para que as pessoas possam estar e atuar na vida, apesar de e mesmo que, convivendo com uma condição de transtorno mental?

Assim, esse documento vem dizer e reafirmar os princípios e diretrizes que um CAPS deve seguir, e as práticas a realizar e valorizar, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira, para atender aos objetivos para os quais foi criado: oferecer cuidado em liberdade e garantir direitos básicos das pessoas em sofrimento mental.

***Esse texto vem dizer o CAPS como bem o queremos!***

*O texto a seguir apresenta os princípios e diretrizes elaborados pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde em parceria como o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Fiocruz-Brasília, com a colaboração de referências técnicas envolvidas no processo nacional de supervisão clínico-institucional. A cada seção, uma pequena história abre a reflexão, acompanhando a trajetória de "Dandara", personagem fictícia criada para tornar visíveis as interseccionalidades que atravessam o sofrimento mental e o cuidado em saúde, entendidas como a combinação de diferentes condições sociais que influenciam o adoecimento e o acesso ao cuidado.*

*Desejamos uma boa leitura!*

## Apresentação do personagem: Dandara

*Dandara tem 34 anos. É negra, nascida numa cidade do interior do Nordeste, filha de lavadeira e de pai que nunca conheceu. Aos dezesseis anos, foi para a capital com a tia, em busca de trabalho. Trabalhou como doméstica por anos, dormindo no quarto dos fundos de casas alheias, sem carteira assinada, sem férias, sem fim de semana. Aos vinte e dois, teve uma filha, Lia, de um relacionamento que terminou em violência. Aos vinte e seis, perdeu o emprego. Aos vinte e oito, começou a ouvir vozes.*

*A família chamou de "encosto". O vizinho, de "loucura". O médico do pronto-socorro, de "surto psicótico". Nenhum deles perguntou o que ela estava vivendo.*

*Dandara foi internada num hospital psiquiátrico. Ficou lá por quarenta e dois dias. Quando saiu, a filha estava com a avó, o quarto de aluguel havia sido desocupado, e ela não sabia para onde ir. Tinha na bolsa um papel com o nome de um serviço que nunca havia ouvido falar: O CAPS.*

A história de Dandara não é exceção. É, ao contrário, a regra silenciosa que atravessa milhares de prontuários. Ela é negra num sistema que historicamente patologizou a negritude. É mulher num campo que durante séculos confundiu feminilidade com histeria. É pobre num modelo que associou pobreza à degeneração. É nordestina numa cidade que trata o sotaque como marca de inferioridade. Cada uma dessas dimensões (raça, gênero, classe, território, geração) não se soma às outras de forma aritmética: elas se cruzam, se potencializam, produzem formas específicas de sofrimento e de invisibilidade. A situação de Dandara exige, portanto, uma clínica que saiba ler essas interseccionalidades não como dados biográficos secundários, mas como eixo central do cuidado.

## Introdução histórica sobre os CAPS

*Dandara nunca soube que havia uma história por trás do serviço para o qual foi encaminhada. Para ela, o papel amassado na bolsa era apenas mais um endereço numa cidade que nunca a acolheu de verdade. Mas o CAPS não nasceu do nada: nasceu de uma luta.*

Anos 1980. Realizam-se as primeiras eleições para governadores após o ciclo autoritário, e a oposição vence em vários estados. Nas ruas, uma campanha histórica mobiliza milhões de pessoas em defesa da eleição direta para presidente — as Diretas Já. A emenda não é aprovada e a sucessão presidencial ocorre por via indireta, com a eleição de Tancredo Neves. Sua morte antes da posse leva José Sarney à presidência, com a tarefa de conduzir a transição democrática e convocar a Assembleia Constituinte.

Nesse período, a saúde ainda não era concebida como direito universal, mas como benefício vinculado à proteção previdenciária. A lógica era de seguro social: Quem contribuía tinha acesso aos serviços. Predominava o modelo instituído durante o regime militar, organizado em torno do Instituto Nacional de Previdência Social e posteriormente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tratava-se de um sistema seletivo, centralizado e hospitalocêntrico, fortemente dependente da compra de serviços privados, voltado sobretudo para trabalhadores formais e baseado na assistência médica curativa.

Esse modelo, atravessado por problemas de múltiplas dimensões — exclusão social, mercantilização da assistência, fragmentação institucional e baixa capacidade de resposta às necessidades da população — passa a ser cada vez mais questionado pela sociedade. Movimentos populares organizados nas periferias das grandes cidades encontram, no processo de abertura política, espaço para expressar seu sofrimento e reivindicar mudanças profundas na política de saúde. Essas mobilizações articulam-se com profissionais, intelectuais e gestores comprometidos com a transformação do sistema, constituindo um amplo movimento social em defesa da democratização da saúde.

Este processo ganha força e visibilidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se tornou um marco na formulação de um novo projeto para o setor. Pela primeira vez, a conferência contou com ampla participação da sociedade civil e consolidou um conjunto de proposições que orientariam os debates da Assembleia Constituinte. O relatório final<sup>1</sup> afirmou a saúde como direito de todos e dever do Estado, defendendo a criação de um sistema público organizado segundo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção e equidade. Propôs também a integração das ações de prevenção e assistência, a descentralização com comando único em cada esfera de governo, a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação da comunidade na formulação e controle das políticas e a ampliação da compreensão da saúde como resultado das condições de vida — trabalho, renda, educação, habitação, alimentação, meio ambiente e acesso aos bens sociais.

Essas formulações tornaram-se a base conceitual e política que inspirou os capítulos da saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e abriram caminho para a criação do Sistema Único de Saúde, instituindo um novo modelo de atenção orientado pelo direito universal e pela responsabilidade pública na produção do cuidado.

Na saúde mental, predominava a oferta quase exclusiva (frequentemente compulsória) de internações em hospitais psiquiátricos. Grande parte desses leitos estava concentrada em instituições privadas, com ou sem fins lucrativos. Em 1978, havia 78.273 leitos privados contra 22.603 leitos públicos. Esse arranjo expressava um modelo centrado na segregação institucional e na medicalização do sofrimento, sustentado por uma rede hospitalar que operava mais como dispositivo de confinamento do que como espaço de cuidado.

<sup>1</sup> Pode ser acessado em <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>



Essa realidade começou a mudar no interior dos próprios hospitais. Desde o final dos anos 1970, uma parcela dos trabalhadores passou a questionar esse modelo e a afirmar a necessidade de transformação. A visita de Franco Basaglia ao Brasil, em 1978 e 79 teve papel catalisador nesse processo. Naquele mesmo ano (1978), uma greve dos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro faz surgir o movimento dos trabalhadores de saúde mental que, mesmo dentro das instituições, passa a denunciar as condições desumanas e a violação cotidiana de direitos a que eram submetidos os pacientes. Documentários como "Em nome da razão", do mineiro Helvécio Ratton, e reportagens exibidas em redes nacionais de televisão ampliaram a visibilidade dessas denúncias. Esse movimento encontrou, nos governos de oposição recém-eleitos no início da década de 1980, um espaço político favorável para propor e experimentar outros modos de pensar e produzir o cuidado em saúde mental.

No estado de São Paulo, duas experiências inaugurais tornam-se referências decisivas desse processo de transformação. Em 1987, é criado o Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, uma das primeiras experiências de cuidado intensivo territorial substitutivo à internação psiquiátrica. Em 1989, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, desencadeia a construção de uma rede municipal de saúde mental composta por Núcleos de Apoio Psicossocial funcionando 24 horas por dia, com Centros de Convivência, cooperativas de trabalho, pronto-socorro psiquiátrico e outras iniciativas voltadas à produção de cuidado no território. Nesse mesmo movimento de invenção institucional, destacam-se também, em Belo Horizonte, a criação, em 1993, dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), serviços territoriais abertos responsáveis pelo cuidado intensivo em saúde mental e pela articulação com a rede local de serviços. No Rio Grande do Sul, no final dos anos oitenta, são criados os CAIS Mental, e em Belém, no norte do Brasil no início dos noventa as Casas Mentais. Em muitos estados do país surgem experiências de rede substitutiva ao manicômio na esteira do processo de redemocratização, embaladas pela Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Apesar das variações dos nomes, todos estes são serviços tipo CAPS, e como tal recebem financiamento federal do Ministério da Saúde.

Essas experiências não foram apenas reorganizações administrativas de serviços: constituíram verdadeiros laboratórios de invenção institucional para o cuidado em liberdade.

O trabalho cotidiano, marcado pela necessidade de responder ao sofrimento real das pessoas e pela recusa em reproduzir a lógica manicomial, foi se construindo, pouco a pouco, numa prática distinta do modelo biomédico tradicional. Dessa prática emergiram noções que hoje orientam a política de saúde mental: cuidado em liberdade, porta aberta, acolhimento, escuta qualificada, projeto terapêutico singular e clínica ampliada. São experiências sustentadas por uma produção coletiva do cuidado, envolvendo profissionais de diferentes formações, trabalhadores administrativos e de apoio, usuários, familiares e pessoas da comunidade. O serviço deixa de ser um espaço fechado e especializado para se tornar um lugar de encontro, negociação e construção compartilhada de respostas para o sofrimento psíquico.



A força dessa composição coletiva se expressa no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru, realizado em 1987, momento em que o então movimento dos trabalhadores de saúde mental se amplia, transformando-se no Movimento da Luta Antimanicomial e afirmando o lema — ao mesmo tempo horizonte ético e utopia ativa — *“Por uma sociedade sem manicômios”*, instituindo o **18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Posteriormente, o movimento organiza encontros nacionais, com ampla participação de trabalhadores, usuários e familiares, formulando as críticas e definindo as diretrizes do cuidado em liberdade. Nos níveis municipais, estaduais e federal, realizam-se Conferências de Saúde Mental, criando as propostas que devem orientar uma política pública antimanicomial na saúde mental. Em 2001, a mobilização dos movimentos sociais conquista a aprovação da Lei 10.216, delineando um modelo assistencial compatível com a dignidade e os direitos das pessoas em sofrimento mental, e leva também à criação, em vários Estados, de leis que sustentam estes princípios.

O que estava em jogo era mais do que uma inovação organizacional ou uma mudança técnico-assistencial. Tratava-se da transformação de um paradigma. O modelo psiquiátrico clássico, fundado na centralidade do hospital e na “doença”, na segregação do diferente e na autoridade absoluta do saber médico, passa a ser questionado em seus fundamentos. Em seu lugar começa a se afirmar o paradigma da atenção psicossocial que desloca o foco da doença para o sujeito, afirmando a saúde mental, do isolamento para o território, da tutela para a produção de autonomia e o exercício da cidadania, da violação para a garantia de direitos.

Essa transformação se sustenta em proposições éticas e políticas profundas. Éticas, porque recolocam a dignidade e a liberdade da pessoa em sofrimento psíquico no centro do cuidado, recusando a violência institucional e afirmando o direito de existir na diferença. Políticas, porque implicam disputar o modo como a sociedade organiza suas respostas ao sofrimento mental, ampliando direitos, produzindo participação social e construindo redes públicas de cuidado. Trata-se, portanto, de um processo histórico em permanente construção, que precisa manter-se atento ao seu tempo e ao seu território, reinventando continuamente as formas de produzir cuidado, liberdade e vida em comum. Sustentam-se, nesse contexto, o princípio de que toda a pessoa tem direito a ter um projeto de vida, a produzir obras. O papel da rede substitutiva de serviços é apoiar e articular no cotidiano das cidades, favorecendo relações, convivência e a construção de um lugar de pertencimento.

## Porta aberta

*Na manhã em que Dandara chegou ao CAPS pela primeira vez, ela parou na calçada por um longo tempo. Estava acostumada a portas que se fechavam: a porta do hospital que só se abria com chave por fora; a porta da frente da casa da patroa que ela nunca podia usar; a porta do pronto-socorro que a fez esperar seis horas numa cadeira de plástico antes de alguém lhe dirigir a palavra. Ela olhou para a fachada do serviço. A porta estava aberta. Literalmente aberta. Ela entrou devagar, como quem não quer ser notada. Uma mulher levantou os olhos e disse: "Bom dia. Pode sentar-se onde quiser." Dandara não sabia que aquela frase simples era, na verdade, um princípio político.*



Os CAPS devem funcionar diariamente no horário previsto, atendendo tanto à demanda espontânea quanto os encaminhamentos que lhe são feitos no âmbito do território que referência. Trata-se de um aspecto essencial, que não se pode de forma alguma perder de vista.

Nesse sentido, é importante ressaltar que os CAPS, por funcionarem de **"portas abertas"** e atenderem às demandas de qualquer pessoa, **sem agendamento prévio, não estão sujeitos à regulação de vagas**. Isso quer dizer que as pessoas não devem ficar aguardando o acolhimento nos CAPS numa fila de espera. Elas devem ser imediatamente acolhidas, ouvidas, avaliadas e encaminhadas para o tipo de tratamento de que necessitam, seja no próprio CAPS, ou em outros pontos da RAPS.

No entanto, o conceito de porta aberta não se limita a isto. O CAPS foi criado para acolher e acompanhar pessoas em sofrimento mental, sobretudo aquelas que se encontram em situação de grande vulnerabilidade sociofamiliar, e/ou apresentem sofrimento mental grave. Pessoas nessas condições não podem ser negligenciadas ou abandonadas pelo CAPS, e sim acolhidas e acompanhadas, com as necessárias parcerias com outros pontos da RAPS e da rede intersetorial, e apoio das políticas públicas envolvidas.

Cabe ao CAPS, quando procurado por um usuário, qualquer que seja, avaliar o tipo e a intensidade de cuidado de que necessita, e qual(is) o(s) ponto(s) de atenção da rede que, neste momento, é (são) mais adequado (s) para ofertar tal cuidado. O modo de frequência de cada usuário não é ditado por nenhuma regra estabelecida, e sim pelas necessidades de cada caso, consideradas cuidadosamente pelo profissional ou equipe que o recebe. Se este ponto for o próprio CAPS, a frequência do usuário deve ser definida e pactuada com ele: foi indicada a permanência-dia? Caso sim, qual a modalidade e a frequência: diariamente? Três vezes por semana? Uma vez? E como chegará ao CAPS: o carro do serviço irá buscá-lo, ele virá sozinho, a família irá trazê-lo? Ainda: o paciente necessita também de hospitalidade noturna? Caso sim, onde poderá ser acolhido: no próprio CAPS? Em leito de hospital geral?

Se o CAPS não é o serviço adequado para o usuário no momento, para qual ou quais pontos de atenção da rede encaminhá-lo: Unidade Básica de Saúde? Centro de Referência da Assistência Social? Centro de Convivência? Projetos de cultura, lazer, geração de renda? Este encaminhamento deve ser feito de forma cuidadosa, com o devido contato com o(s) serviço(s) em questão, numa perspectiva de corresponsabilização e compartilhamento de cuidado.

Em hipótese alguma, o CAPS pode legitimamente recusar entrada e acolhimento a um usuário, seja por pretextos administrativos (por exemplo: "Não há vagas", ou "A equipe não está completa"), morais (por exemplo: O paciente é "agressivo" ou "Só quer ganhos secundários" ou "Não quer parar de usar drogas") ou quaisquer outros ("Não adere ao tratamento", "Não se implica", "Não melhora", etc).

O CAPS essencialmente é um serviço de "baixa exigência". Isso não significa que a oferta seja simples ou sem complexidade técnica, mas sim que não impõe barreiras para o acesso e a permanência do usuário.

O CAPS não pode, tampouco, forçar a alta de um usuário, desrespeitando o vínculo estabelecido com ele; nem lhe fechar a porta por motivos de "indisciplina" ou descumprimento das regras do serviço. Regras devem, sim, ser instituídas e respeitadas, mas através de discussões e negociações e não de imposições autoritárias. Estas regras necessitam adequar-se ao perfil da clientela do CAPS, e não os usuários às regras (se seguir regras fosse fácil para as pessoas em sofrimento mental, elas não precisariam dos nossos serviços!). Os CAPS são serviços do SUS, e, como tal, o cuidado deve ser centrado nos usuários, nas suas demandas, moldando o cardápio de ofertas às necessidades oriundas de cada pessoa, de cada território. Cada usuário ao entrar no CAPS aciona a linha de cuidado que deve ser "costurada" para que a rede possa sustentar seu caminhar.

## Acolhimento

*A trabalhadora que a recebeu se chamava Fátima. Era técnica de enfermagem, filha de migrantes nordestinos como Dandara e tinha um jeito de sentar-se na cadeira que dizia: "Não tenho pressa". Ela não começou perguntando o número do CPF nem o diagnóstico. Perguntou: "Como você está chegando aqui hoje?" Dandara ficou em silêncio por um momento. Ninguém havia feito essa pergunta antes. No hospital, as perguntas eram sobre sintomas, sobre medicações, sobre se ouvia vozes. Ninguém havia perguntado como estava chegando. Ela respondeu: "Cansada." E Fátima disse: "Então vamos começar por aí."*

*Mais tarde, na reunião de equipe, Fátima trouxe o caso. Disse que Dandara era negra, que havia sofrido violência doméstica, que tinha uma filha pequena de quem estava separada, que não tinha renda nem moradia fixa. Disse que o sofrimento dela não cabia num diagnóstico. A equipe ouviu. Alguém perguntou: "O que ela quer?" O que ela precisa?*



No ato do acolhimento deve-se, ao finalizar, tomar algumas decisões, exemplificadas anteriormente, tais como: ficará no CAPS, quando e como virá, e assim por diante.

No entanto, não se trata de fazer uma triagem a partir de critérios preestabelecidos. Estas decisões devem ser fruto de uma escuta daquilo que nos traz o paciente (em primeiro lugar!) e o que trazem seus familiares, acompanhantes e outros atores envolvidos.

**O acolhimento é, antes de tudo, uma atitude: uma atitude receptiva e solidária àquele que chega.** Não se trata necessariamente de atender à demanda que é endereçada ao serviço, e sim, de levar em conta o que o usuário pede. O que ele pede pode ser ou não uma boa solução para seus problemas, pois às vezes as pessoas pedem coisas que não lhes fazem bem, como por exemplo: internação em um manicômio! Sendo assim, o que podemos oferecer como uma opção melhor, que ele possa aceitar, ou pelo menos entender? Trata-se de fazê-lo perceber que estamos interessados nos problemas que nos traz, e dispostos a procurar saídas possíveis.

Para tanto, é necessário escutar o usuário, ouvi-lo e falar com ele. Escutar não é submeter a pessoa a um interrogatório; tampouco consiste em deixá-la falar ao léu. Perguntas que mostram atenção e interesse são sempre bem-vindas! Da mesma forma, é sempre importante deixar que ela exponha suas ideias, por mais perturbado ou incoerente que esteja, no momento, o seu modo de pensar.

Devemos estar atentos, claro, aos aspectos factuais do caso: de onde vem este usuário, quais acontecimentos desencadearam sua chegada ao CAPS, onde mora, como vive, quais seus laços familiares e sociais etc. Mas devemos estar igualmente atentos para a forma pela qual formula suas queixas e como interpreta, ele próprio, aquilo que está vivendo; o que o faz sofrer e o que o alegra; quais são seus gostos e preferências e o que lhe é insuportável. Familiares, amigos, vizinhos, podem falar *sobre* ele; mas ninguém pode falar *por* ele.

Geralmente, damos o nome de "acolhimento" à entrevista que fazemos com o usuário recém-chegado. Mas, o acolhimento vai mais além, ou seja, desejar-lhe boas-vindas a cada vez que ele vier; procurá-lo, se ele não estiver bem, mas não voltar; atendê-lo, acompanhá-lo, buscar as atividades que o interessam; manejar as dificuldades que pode encontrar no convívio com a equipe e demais usuários; não permitir que estas dificuldades levem à desistência ou ao abandono do caso. O acolhimento é acima de tudo uma postura reinaugurada sempre que desempenhamos o cuidado e o cuidado é o lugar de encontro entre o(a) trabalhador(a) e o(a) usuário(a) e seu "território".

## Vínculo

*Nas primeiras semanas, Dandara vinha ao CAPS e ficava num canto. Não participava das oficinas, não conversava com os outros usuários. Às vezes dormia na cadeira. A equipe não a forçou a nada. Mas, toda manhã, alguém passava por ela e dizia alguma coisa: "Bom dia, Dandara." "Trouxemos café." "Tem uma roda de música hoje, se quiser." "Vamos conversar um pouco?" Pequenos gestos. Ela foi percebendo que ninguém a mandava embora. Que as pessoas se lembravam do seu nome. Que quando ela não aparecia, alguém ligava — não para cobrar, mas para saber se estava bem.*

*Um dia, ela chegou agitada. Havia brigado com a tia, que não queria mais ficar com Lia. Ela estava com medo de perder a filha. O técnico de referência dela, um jovem psicólogo chamado Marcos, sentou-se com ela na varanda e ficou ouvindo por quarenta minutos. Não deu conselhos. Não prescreveu nada. Apenas ficou junto. Dandara disse, mais tarde, que foi a primeira vez em anos que alguém ficou ao seu lado apenas ouvindo.*



O vínculo é o laço que se estabelece entre o CAPS e o usuário sempre e quando este é recebido com uma postura acolhedora. Este laço é precioso, por ser o principal instrumento que possibilita a construção e a efetivação do projeto terapêutico singular. Afinal, no caso das doenças orgânicas, o paciente padece de algo que afeta seu corpo físico, de forma identificável, como uma diabetes, uma hipertensão, uma pneumonia. Mas no sofrimento mental, a pessoa padece de embaraços e impasses que provêm de sua relação com o outro: nas relações familiares e amorosas, nas dificuldades no convívio, nas trocas etc. Portanto, apenas através do estabelecimento de relações mais estáveis, estruturadas e afetuosas é que conseguimos nos aproximar da pessoa, da forma precisa para que ele se deixe cuidar e queira se cuidar.

Nem sempre é fácil tecer este laço, seja porque as condições psíquicas do usuário o dificultam, seja porque a equipe não se coloca disponível o bastante. É um trabalho longo e delicado, que exclui todo tipo de autoritarismo para com a pessoa, todo tipo de decisões arbitrárias sobre sua vida e seus projetos. No entanto, mesmo aqueles que demoram a vincular-se, ou com os quais parece impossível estabelecer uma boa relação, o investimento paciente neste trabalho é sempre bem-sucedido: as pessoas sempre acabam reconhecendo e respeitando aqueles que as acolhem e lhes querem bem. O vínculo se produz gradativamente, como tessitura artesanal que é. Por isso é importante para a equipe suspender o desejo de conclusão, suportar as idas e vindas do processo de cuidado até que ele se estabeleça.

A partir da abordagem do CAPS, vários tipos de vínculo, diferentes em modo e grau, podem se estabelecer.

**O vínculo com a equipe,** o usuário percebe bem quando aquele coletivo de trabalhadores está voltado para pensar e propor maneiras de dar-lhe voz e voto na condução da própria vida, assim como buscar junto a atores, instituições, espaços diversos o suporte necessário para que ele venha a dar conta de si.

**O vínculo com o técnico de referência:** a figura do técnico de referência, atuante em muitos CAPS, é de grande importância enquanto alguém que escuta e acompanha o usuário mais de perto, conhece e aceita seu jeito de ser, organiza o que se sabe sobre sua situação e seus problemas, planeja e propõe, em parceria com os colegas de equipe, intervenções, providências, encaminhamentos. Pela confiança que se instaura com este técnico, o usuário fica à vontade para lhe dizer coisas mais íntimas e pessoais, importantes para a construção do caso clínico; dirige-se a ele em momentos difíceis; conta com a sua presença e com os encontros que tem com este.

**O vínculo com outros profissionais da equipe,** além deste laço especial com o técnico de referência, o usuário deve ser convidado a estabelecer vínculos com outros trabalhadores da equipe. É importante que todos os trabalhadores se disponham a convidar o usuário para uma conversa no pátio, para escutar uma música, jogar um jogo, tomar um sorvete (esta abordagem previne e evita muitas situações difíceis no serviço, como agitações psicomotoras, atitudes agressivas etc.) Enquanto isso, o usuário vai se endereçando a algumas pessoas da equipe com as quais se entende melhor, e às quais ele mesmo se dirige quando precisa ou quer, o psicólogo, o porteiro, o técnico de enfermagem, o assistente social, a moça da faxina, qualquer um destes, ou outros ainda, podem ser distinguidos e nomeados por cada pessoa.

**O vínculo com os pares:** sabemos que os usuários se conhecem e se aproximam no cotidiano do serviço, e que esses encontros lhes fazem muito bem. Nesse contexto, surgem relações de proximidade, afeto, cuidado mútuo, que contribuem para tornar o serviço um lugar onde o usuário gosta de vir e estar.

**O vínculo com outros atores e instituições:** é necessário tentar retomar vínculos com familiares, muitas vezes rompidos ou fragilizados; buscar atores da comunidade que possam contribuir para a construção de uma rede de apoio; promover laços com outros dispositivos do território, sejam da saúde, da cultura, da geração de renda. Desta forma, o vínculo com o CAPS pode manter-se firme, sem constituir-se como maciço e exclusivo; novos laços propiciam ao usuário oportunidade de trânsito e circulação no espaço da cidade.

## Responsabilização do cuidado

*Certa tarde, Dandara não apareceu. Não era a primeira vez, mas desta vez Marcos ficou preocupado: ela havia dito que estava com medo de fazer algo de errado consigo mesma. Ele ligou. Não atendeu. Ligou de novo. Acionou a agente comunitária de saúde do território. A agente foi até o endereço que tinham no cadastro — a casa da tia. Dandara estava lá, sentada no quintal, olhando para o nada. A agente se sentou do lado. Disse que o CAPS havia mandado saber dela. Dandara perguntou: “Por quê?” - a agente respondeu: “Porque você está sob nossos cuidados. E nós não abandonamos ninguém.”*

*Essa frase simples — “você está sob nossos cuidados, nós não abandonamos ninguém” — resume o que a responsabilização do cuidado significa na prática: o CAPS assume o compromisso de acompanhar cada pessoa que recebe, garantindo que ninguém se perca entre as frestas da rede.*



A responsabilização pelo cuidado está estreitamente ligada a todos os aspectos desenvolvidos acima. Implica, em primeiro lugar, na responsabilização da equipe do CAPS por cada usuário que recebe, quer seja indicar sua permanência no serviço, seja de encaminhá-lo a outro ponto da rede. Em tudo isso, a dimensão da responsabilização é decisiva: se o usuário permanece no CAPS, a equipe assume seu acompanhamento, constrói coletivamente uma forma de abordá-lo no cotidiano do serviço, define qual(is) trabalhador(es) o acompanharão mais de perto, elabora seu projeto terapêutico singular.

Se o usuário é encaminhado para outro ponto de atenção da rede, isto deve ser feito também de forma responsável, ou seja, através de um contato com os colegas de outro serviço, da discussão do caso e do compartilhamento do cuidado. É preciso lembrar que o CAPS, como parte da rede, é e será sempre um serviço ao qual o usuário pode se dirigir quando necessário: por exemplo, se hoje é atendido pela equipe e-multi, amanhã pode vir a precisar do cuidado mais próximo oferecido pelo CAPS; ou pode frequentar ao mesmo tempo o CAPS e a unidade básica de saúde, ou o CAPS e a unidade de acolhimento transitório. O que importa é que o usuário não seja uma pessoa anônima no território, nem sejam anônimos os trabalhadores envolvidos em seu cuidado.

Reitera-se aqui este princípio ético fundamental do cuidado em liberdade: jamais recusar, excluir, negligenciar ou abandonar uma pessoa em sofrimento mental que veio a colocar-se sob nossos cuidados.

Cuidar é colocar em movimento o projeto terapêutico singular construído com o usuário e seu território. Este projeto é ao mesmo tempo singular (único para cada sujeito) e coletivo (tecido a muitas mãos), focado em uma abordagem integral por meio de estratégias de intervenções elaboradas e pactuadas com o usuário, entrelaçando os saberes técnicos da equipe com os saberes oriundos do território, da própria pessoa e seu jeito de andar na vida.

## Permanência-dia

*Com o tempo, Dandara passou a vir todos os dias. Não porque fosse obrigada, mas porque o CAPS havia se tornado o único lugar onde ela não precisava fingir que estava bem. De manhã, havia uma roda de conversa. À tarde, uma oficina de costura que ela adorava, porque sua mãe a havia ensinado a costurar quando era criança e fazer aquilo era como encontrar um fio que ligava o presente ao que havia de bom do passado. Às vezes, quando a agitação chegava (aquela sensação de que o chão estava cedendo) ela procurava Marcos ou se sentava com Dona Conceição, uma usuária mais velha que tinha o dom de ficar em silêncio do jeito certo. O dia no CAPS não era uma espera. Era uma vida.*



Os CAPS não foram criados para funcionar como ambulatórios, ou seja, como serviços que atendem consultas previamente agendadas, distribuídas segundo categorias profissionais (psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional etc.) São espaços de acolhimento e convivência, destinados sobretudo àqueles usuários que necessitam de cuidado contínuo e intensivo.

Certamente, alguns usuários, mesmo em estado relativamente grave, podem ser atendidos nas unidades básicas de saúde, em atendimentos agendados, individuais ou em grupo. Entretanto, dependendo do quadro do paciente (delírios, alucinações, inquietação/agitação psicomotora, episódios de fugas e errância, uso extremamente prejudicial de álcool e outras drogas, e vários outros fatores a examinar caso a caso) ele pode necessitar de um suporte institucional mais estruturado, ou seja, permanecer no CAPS em regime de permanência-dia. Esta é a principal finalidade do CAPS: acompanhar essas pessoas que necessitam de um cuidado contínuo e próximo, sem privá-las da liberdade, ou seja, sem interná-las em instituições de caráter manicomial.

Para este cuidado, a permanência no CAPS durante todo o dia ou parte dele é essencial, numa frequência a ser definida caso a caso: diariamente; dia sim, dia não; uma vez por semana, enfim, como for melhor para cada um, em pactuações que serão refeitas ao longo da evolução do usuário. Esta modulação da frequência é por si só terapêutica, pois significa levar em conta as melhoras e piores e a avaliação que o usuário faz de seu estado a cada dia.

No entanto, o que é permanecer todo o dia ou parte dele num serviço tipo CAPS? Não é, com certeza, manter os usuários de braços cruzados, sem interação entre si e a equipe, sob a vigilância dos profissionais. Trata-se de propiciar atividades coletivas que favoreçam a criação de laços, como oficinas, rodas de conversa, grupos temáticos; passeios; festas; assembleias. A ambiência do serviço deve produzir e transmitir vida, criando alegria para contrapor-se ao sofrimento, mobilizando expectativas e ações para combater a paralisia.

Além das atividades diversas que propiciam a convivência, a permanência-dia deve oferecer cuidado singularizado a cada usuário: atendimento regular com seu técnico de referência atenção às suas demandas, manejo das situações de inquietação/agitação, sem recurso às medidas violentas e punitivas.

Enfim, a oferta da permanência-dia é um recurso terapêutico essencial do CAPS, que cumpre oferecer aos muitos usuários que podem beneficiar-se deste regime de cuidado intensivo e semi-intensivo.

## Hospitalidade noturna

*Houve uma noite em que Dandara não tinha para onde ir. A tia havia pedido que ela saísse de casa após uma discussão grave. Era quase meia-noite. Ela ligou para o número que Marcos havia dado. O CAPS III da cidade funcionava vinte e quatro horas. Uma voz atendeu. Ela disse apenas: "Não tenho onde dormir." A voz disse: "Vem. A gente está aqui." Ela chegou de táxi pago pelo serviço. A mesma equipe que a conhecia durante o dia a recebeu à noite. Não foi uma internação. Foi uma hospitalidade — no sentido mais antigo e humano da palavra.*



Para casos mais graves, que necessitam de contínuo cuidado intensivo, a hospitalidade noturna é um recurso de grande importância. De preferência, deve realizar-se no próprio CAPS; para oferecê-la é que foram criados os CAPS III. Esta é a melhor opção, pois o usuário é cuidado o tempo todo pela mesma equipe que já o acolheu e com a qual está fazendo, ou já fez vínculos. A firmeza e a continuidade do vínculo é um elemento fundamental na abordagem e acompanhamento das situações de crise. Sendo assim, não faz sentido transferir o paciente para outro serviço, emergências psiquiátricas, leitos ou enfermarias de hospital geral etc. Uma vez que o CAPS III é criado justamente para acolher e acompanhar estes casos em período integral.

Nos municípios que não dispõem de CAPS III ou em que eles não sejam suficientes, é preciso encaminhar o paciente para passar a noite em outro serviço, ou seja, criar arranjos na RAPS que propiciem a hospitalidade noturna. Podem ser leitos em hospital geral, dispositivos da assistência social, em configurações que variam em cada rede. Nestes casos, o ideal é o compartilhamento do cuidado, ou seja, o usuário passa o dia no CAPS, dorme em leito de outro serviço, retorna ao CAPS no dia seguinte e assim por diante, durante todo o período em que a hospitalidade noturna for necessária.



**Em hipótese alguma o usuário deve ser encaminhado pelo CAPS para instituições de características manicomiais. Estes encaminhamentos rompem totalmente com a linha do cuidado em liberdade, e não há motivo algum que os justifique; só podem ser nefastos para o usuário, pois promovem a privação de liberdade, a exclusão e o isolamento.**

Cabe observar que os leitos de saúde mental em hospital geral são pontos de atenção da RAPS e, como tais, devem se organizar dentro dos princípios da política de saúde mental, sem se tornarem espaços de segregação com o levantamento de muros ou a instalação de grades que caracterizem privação de liberdade. Ainda que em situações de crise e na necessidade de contar com o recurso hospitalar, é primordial que se mantenha o cuidado na lógica multiprofissional, não apenas centrado no profissional médico, e em acordo com as necessidades e singularidades de cada pessoa, respeitando seus desejos, interesses e projetos. Este é um ponto em que a política de saúde mental, em seus diversos níveis — federal, estadual, municipal — necessita avançar.

## Atenção à crise no CAPS

*Dandara não chegou em crise pela primeira vez naquela noite em que a tia a colocou para fora. Houve uma tarde anterior — uma tarde de terça-feira, sem aviso — em que ela simplesmente não conseguiu mais. Lia estava na escola, o ex-companheiro havia enviado uma mensagem ameaçando levar a menina embora e algo dentro de Dandara cedeu. Ela chegou ao CAPS com os olhos vermelhos e as mãos tremendo. Marcos estava em atendimento. Fátima, a técnica de enfermagem a viu entrar e foi ao seu encontro. Não perguntou o que havia acontecido. Disse apenas: “Vem comigo.” Sentaram-se num canto do corredor. Fátima abriu a gaveta e tirou um papel dobrado — o cartão de crise que tinham construído juntas semanas antes. Nele, com a letra de Dandara, estava escrito: “Quando eu sentir que não aguento mais, vou lembrar de Lia. Vou ligar para o CAPS. Vou respirar três vezes antes de fazer qualquer coisa.” Dandara leu o papel em silêncio. Respirou. Chorou. Ficou. Não foi encaminhada para nenhum outro lugar. O CAPS era o lugar.*



A atenção à crise no CAPS é essencial para o cuidado em liberdade, embora muitos se recusem a ofertar o cuidado psicossocial nesse momento da vida dos usuários. CAPS que apenas encaminham a outros serviços como hospital psiquiátrico, clínicas psiquiátricas e enfermarias psiquiátricas de hospital geral não estão ofertando o cuidado central ao qual foram instituídos.

Há uma relação direta da hospitalidade noturna e a atenção à crise na atenção psicossocial - tanto para prevenir a crise quanto para acolher a crise. O usuário do CAPS, que tem uma relação de cuidado com os profissionais do serviço, que juntos criaram seu "cartão de crise" e possuem vínculo, manejam de forma mais fluida a crise com o usuário. Além disso, quando o usuário é conhecido em seu território sua rede de apoio agiliza seu acesso ao CAPS.

O trabalho em rede, especialmente na articulação com SAMU e a Atenção Primária, proporciona a identificação de situações de crise. Nesse contexto, os familiares, a rede de apoio e os agentes comunitários de saúde desempenham papel fundamental no reconhecimento e na intervenção precoce diante da crise, inclusive entre pessoas que ainda não tiveram contato com serviços de saúde mental.

Manejar uma crise de saúde mental nunca será simples: implica não só em conhecimento técnico como bom senso, compreensão de cenários, empatia, disponibilidade, apoio à vida da pessoa.

Atender e acompanhar uma crise no CAPS é uma experiência perfeitamente possível, pois as crises não requerem muros, grades, aparato de segurança e/ou vigilância. Tudo que se faz necessário é a presença e o contato constantes da equipe, manejando com tranquilidade e firmeza as situações difíceis que podem se apresentar. Há CAPS no Brasil que assim fazem, demonstrando como pode ser ágil e fecundo este trabalho.

## Atuação interdisciplinar

*Na reunião de equipe de uma segunda-feira, o caso de Dandara estava na pauta. Marcos trouxe o que sabia sobre o sofrimento dela, mas foi a assistente social quem trouxe a dimensão mais urgente: Dandara estava em risco de perder a guarda de Lia por uma ação movida pelo ex-companheiro. A terapeuta ocupacional falou sobre como a oficina de costura havia se tornado um espaço de elaboração do luto pela infância. A psiquiatra disse que a medicação precisava ser revisada, mas que o principal não era a medicação. O porteiro, que ouvia da porta, disse: "Ela me contou que tem medo de andar sozinha à noite no bairro. Isso também é parte do problema." A equipe ficou em silêncio. Ninguém havia pensado nisso. O porteiro havia dito o que nenhum prontuário registrava.*



O trabalho interdisciplinar é uma característica essencial do CAPS. Afinal, não há nenhum saber técnico ou disciplina específica que detenha o monopólio sobre o conhecimento do sofrimento mental. A medicina, muitas vezes, pretendeu ocupar este lugar, o que teve consequências nefastas. A "loucura" não se deixa apropriar pelo saber médico, que é apenas um entre tantos outros aos quais podemos recorrer.

Os manicômios sempre foram serviços médico centrados, ou seja, centrados no papel dos médicos, nos quais os profissionais de outras áreas, quando presentes, tinham um papel inteiramente subordinado e secundário. Esse modelo, portanto, não se pode repetir no CAPS. A equipe se compõe de profissionais de formações diversas — psicólogos, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de enfermagem — todos com idênticas condições de contribuir para o cuidado. Também fazem parte da equipe trabalhadores que não têm formação técnica, mas participam do acompanhamento dos usuários: oficineiros, redutores de danos, o porteiro, o motorista, o auxiliar administrativo, as moças da limpeza — todos eles dividindo o mesmo local de trabalho e partilhando a responsabilidade de torná-lo um espaço receptivo, agradável e solidário para os usuários. O cuidado é tecido de forma artesanal neste encontro de saberes, debatido nos espaços coletivos (reuniões de equipe, matriciamento, discussão de caso etc.), sempre pactuado e respeitando os saberes do usuário e seu território sobre seu processo de saúde, adoecimento e quanto à forma como este quer e precisa ser atendido.

Cabe lembrar que, dentre os recursos terapêuticos utilizados não há hierarquia, ou seja, não há um que seja mais importante do que outro: o acompanhamento pelo técnico de referência é tão valioso quanto o diagnóstico psiquiátrico; as oficinas e demais atividades coletivas, tão valiosas quanto à medicação, dentre outros. No cotidiano do serviço, são múltiplas as atividades que podem ser realizadas por diferentes categorias profissionais: a enfermeira pode coordenar um grupo, a assistente social pode referenciar um caso, o farmacêutico pode fazer uma oficina, a psicóloga uma visita domiciliar, todos eles podem ser técnicos de referência e assim por diante. A horizontalidade nas relações entre os diferentes profissionais é essencial para a produção coletiva do cuidado.

As reuniões de equipe realizadas regularmente, pelo menos uma vez por semana, com a presença de todos os trabalhadores, são espaços fundamentais para garantir a prática efetiva da interdisciplinaridade, através da troca de ideias, do debate, da definição consensual das condutas, do desenvolvimento e da consolidação dos projetos terapêuticos singulares.

## Projeto terapêutico singular

*Quando Marcos sentou-se com Dandara para construir o projeto terapêutico, ele trouxe uma folha em branco. Ela olhou desconfiada: "Não vai me dar um papel para assinar?" Ele disse: "Não. Vamos escrever juntos." Eles ficaram uma hora naquela conversa. Ela disse que queria recuperar a guarda de Lia. Que queria aprender a ler melhor — havia parado na quinta série. Que queria trabalhar, mas não como doméstica. Que tinha medo de homens em uniforme. Que às vezes eram piores quando ela estava sozinha à noite. Que gostava de cozinhar e de música de coco. Marcos anotou tudo. Não como sintomas. Como uma vida que precisava de apoio para continuar sendo vivida.*

*O projeto terapêutico de Dandara não era apenas um plano de tratamento. Era um mapa de quem ela era e de quem queria ser. E as interseccionalidades que a atravessavam — raça, gênero, classe, história de violência, maternidade, migração — não eram obstáculos ao cuidado: eram o próprio território onde o cuidado precisava acontecer.*



O projeto terapêutico singular começa a ser construído quando o usuário ingressa no CAPS e essa construção prossegue ao longo de todo o tempo em que estiver sob nossos cuidados.

Este projeto não consiste apenas, nem principalmente, em definir que o usuário virá ao CAPS em tais e tais dias e horários, ou que frequentará este grupo, ou aquela oficina e tomará esta ou aquela medicação. Tais definições, aliás, variam elas próprias conforme a evolução do tratamento: se nesta semana a pessoa necessita vir diariamente, na semana que vem pode ser melhor que venha três vezes; se esteve em hospitalidade noturna esta noite, pode ser que amanhã já não precise deste recurso. Como já foi dito, esta modulação da frequência do usuário no serviço é por si mesma um instrumento terapêutico precioso: diferentemente do hospital psiquiátrico, no qual já se define a priori que a permanência durará pelo menos uma semana, nos CAPS podemos pactuar com o paciente os dias em que virá ao serviço, conforme a evolução de seu quadro.

Um passo essencial para o projeto terapêutico singular consiste em buscar o consentimento do usuário, de tal forma que aceite e deseje o cuidado que ofertamos. Nem sempre o usuário chega ao CAPS por si só, ou considera que necessita de tratamento; muitas vezes esta demanda parte apenas dos familiares e outros atores. Fazer com que se sinta bem-vindo, afirmar que suas palavras, opiniões, preferências, serão sempre levadas em conta e que ele será coautor do próprio projeto terapêutico, é essencial para estabelecer com o serviço o vínculo indispensável ao cuidado.

O projeto terapêutico singular deve começar por uma avaliação das condições psíquicas e sociais do usuário. Consegue expressar-se de forma compreensível, ou apresenta alterações significativas do curso e da forma do pensamento? Apresenta sintomas que indicam uma ruptura com a realidade, como delírios, alucinações e afins? Quais as questões com as quais a equipe deve lidar na condução de seu tratamento? Qual o tipo de apoio, na família e na comunidade, com quem e com quem podemos contar para cuidar dele? O usuário sofre ou já sofreu violações de direitos fundamentais?

Há outros aspectos objetivos da situação do usuário a verificar: onde mora, e com quem? Qual é sua organização familiar? Qual a sua renda e como a utiliza? Qual o seu grau de vulnerabilidade atual? Também se deve considerar o que diz a família: o que a preocupa quanto à atual condição psíquica do paciente? Há algo muito difícil ou mesmo insuportável na convivência atual com os familiares? A família deseja de fato que o paciente seja bem tratado, e está disposta a participar deste tratamento? Existe uma rede ampliada de suporte em sua comunidade e quais são as pessoas ou pontos de conexão que fazem parte dela? Um bom projeto terapêutico reúne o maior número de informações possíveis sobre a história e a situação do usuário.

Entretanto, não se trata apenas de obter essas informações. Por mais extensas e valiosas que sejam, não podem suprir de forma alguma as palavras e os dizeres do próprio usuário. É indispensável levar em conta não apenas o que outros dizem a seu respeito, mas o que ele próprio nos diz e nos demanda. Igualmente, devemos sempre escutar a interpretação que este oferece do próprio sofrimento, dos próprios sintomas, dos acontecimentos que lhe sucedem, das relações familiares, amorosas, sociais que estabelece — enfim, a forma pela qual interpreta tudo o que se passa com ele.

Certamente, este trabalho de escuta junto ao usuário pode ser dificultado por certas características de seu quadro clínico, por exemplo: pode estar em mutismo ou semimutismo, ou muito desorganizado, ou muito inquieto, para que a conversa seja possível desde o primeiro momento. No entanto, é preciso insistir, com delicadeza e tenacidade. Se não responde ao que lhe perguntamos, talvez possa dizer coisas importantes a partir de outro tipo de interação: comentar algo sobre um desenho ou poema que fez, sobre um filme que assistimos juntos no celular, sobre uma música que gosta muito. É preciso oferecer diariamente ao usuário a possibilidade de falar de si e do que lhe sucede, uma vez que é a partir da escuta oferecida a ele que o projeto terapêutico em construção se torna verdadeiramente singular.

Quando de fato singularizamos a pessoa que nos chega, quando levamos em conta e respeitamos seu jeito único de ser, quando estamos atentos às suas demandas e desejos, aprendemos pouco a pouco sobre o manejo do seu cuidado. Descobrimos a melhor maneira de lidar com ele quando se irrita e se torna hostil, ou quando demanda coisas que não é possível ou conveniente oferecer-lhe — enfim, nas várias situações mais ou menos difíceis que o usuário pode provocar ou nas quais pode envolver-se no CAPS. Aos poucos, encontramos maneiras de acalmá-lo, alegrá-lo, interessá-lo numa oficina, num atendimento, numa assembleia.

O projeto assim traçado deve fortalecer a autonomia do paciente, em suas escolhas, expectativas, caminhos a seguir. Num momento inicial, quando o transtorno psíquico é intenso, pode precisar de nossa ajuda até mesmo para pequenas coisas — tirar uma carteira de identidade, ir ao dentista, participar de uma entrevista de emprego etc. A oferta desta ajuda deve manter-se enquanto necessário for — mas enquanto isso, o incentivamos também, a tornar-se pouco a pouco mais independente.

Ao mesmo tempo, eventuais violações de direito devem ser apuradas e enfrentadas. O direito à moradia, ao trabalho, ao lazer, à cultura é um aspecto básico da atenção psicossocial, do qual o CAPS não pode se descuidar. Providenciar uma moradia para um usuário em situação de rua; fazer valer direitos trabalhistas que tenham sido desrespeitados, ou uma pequena herança da qual foi privado; impedir que o usuário seja inteiramente sujeitado ao grupo familiar — tudo isto faz parte integral do projeto terapêutico.

Finalmente, convém ressaltar a importância do técnico de referência na construção deste projeto. É um direito do usuário “ter um técnico pra chamar de seu”. Embora o cuidado deva ser construído coletivamente com a equipe, este técnico tem uma relação singular com o paciente; cabe-lhe propor um traçado inicial do projeto terapêutico, discuti-lo com os colegas, conduzir sua realização. É de sua responsabilidade a escuta atenta e contínua do usuário, a identificação dos problemas a serem abordados em sua condição atual de vida, a iniciativa de procurar as parcerias, na própria RAPS e nos espaços intersetoriais. Esta função do técnico de referência não pode ser, de forma alguma, exclusiva do psicólogo, pois não se trata de uma psicoterapia, ou de uma técnica qualquer que exija formação específica; são também convocados a ela o assistente social, a enfermeira, a terapeuta ocupacional, enfim, todos os profissionais da equipe.

## Território

*Marcos propôs uma visita domiciliar. Dandara ficou sem jeito — o barraco onde estava morando provisoriamente era pequeno, sem reboco, com uma goteira no teto. Mas ele foi. E quando chegou, entendeu coisas que nenhum prontuário poderia registrar: o bairro era longe do CAPS, sem ônibus direto; havia uma boca de fumo na esquina que a deixava em alerta constante; a vizinha da frente, Dona Zélia, era quem buscava Lia na escola quando Dandara não conseguia. Dona Zélia era, portanto, parte da rede de cuidado — mesmo sem saber. O território não era apenas um endereço. Era uma teia de relações, riscos, recursos e afetos que precisavam ser lidos com atenção.*



O território é, ao mesmo tempo, o espaço geográfico de referência do CAPS e o conjunto de relações sociais, culturais, econômicas e afetivas que constituem a vida das pessoas que ali habitam. Cuidar no território significa reconhecer que o sofrimento mental não acontece num vácuo: ele emerge de condições concretas de existência — moradia precária, desemprego, violência, racismo, abandono, migração forçada — e só pode ser abordado de forma efetiva quando essas condições são levadas em conta.

A atuação territorial do CAPS implica ir além dos muros do serviço. Visitas domiciliares, articulação com equipamentos comunitários, presença nos espaços de vida dos usuários — escola, praça, associação de bairro — são práticas indispensáveis para que o cuidado não se torne uma ilha desconectada da realidade. O território é também o lugar onde as interseccionalidades se tornam visíveis: é no bairro que se percebe quem tem acesso ao transporte e quem não tem; quem pode circular livremente e quem é abordado pela polícia; quem tem rede de apoio e quem está completamente sozinho.

Conhecer o território é, portanto, uma condição para a produção de um cuidado que seja verdadeiramente singular e contextualizado. Não basta saber o endereço do usuário: é preciso saber o que aquele endereço significa para ele, quais são as forças e os riscos que o cercam e quais os recursos — formais e informais — que podem ser acionados em seu favor.

## Matriciamento

*Dandara havia começado a ser acompanhada também pela Unidade Básica de Saúde do bairro, para questões de saúde geral — pressão alta, uma infecção recorrente. A médica da UBS, Dra. Renata, nunca havia trabalhado com saúde mental e ficava desconfortável quando Dandara chegava agitada. Certa vez, ligou para o CAPS em pânico: “Ela está aqui, não está bem, o que eu faço?” Marcos foi até a UBS. Não para assumir o caso, mas para ficar ao lado de Dra. Renata, mostrar como conversar com Dandara naquele momento, ajudá-la a perceber que ela era capaz de cuidar também. Depois, ficaram conversando por meia hora sobre saúde mental, sobre o que é uma crise, sobre como a UBS podia ser um ponto de apoio. Isso era o matriciamento: não transferir o problema, mas construir juntos a capacidade de cuidar.*



O matriciamento ou apoio matricial é uma estratégia de gestão do cuidado que visa ampliar a capacidade resolutive dos serviços de saúde, em especial da atenção básica, no campo da saúde mental. Trata-se de uma relação de suporte técnico-pedagógico entre equipes de referência e equipes especialistas, que não substitui a responsabilidade de cada serviço, mas a fortalece.

No contexto do CAPS, o matriciamento implica que a equipe especializada em saúde mental se disponha a apoiar as equipes da atenção básica — Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, equipes multiprofissionais, consultórios na rua — na condução de casos de sofrimento mental que não necessitam de cuidado intensivo, mas que demandam orientação, escuta qualificada e acompanhamento longitudinal. Este apoio pode se dar por meio de discussões do caso, atendimentos conjuntos, visitas domiciliares compartilhadas, grupos de educação permanente e outras formas de interação entre as equipes.

O matriciamento é também uma oportunidade para que as interseccionalidades sejam trabalhadas de forma transversal na rede: ao apoiar a atenção básica, o CAPS contribui para que outros serviços desenvolvam sensibilidade para as dimensões de raça, gênero, classe e território que atravessam o sofrimento mental, ampliando a qualidade do cuidado em toda a rede.

## Articulação com outros dispositivos da RAPS local

*Aos poucos, a vida de Dandara foi ganhando outros pontos de apoio. Houve um período, depois que a tia a colocou para fora, em que ela ficou sem endereço fixo — dormia na casa de conhecidas, às vezes na rua. Foi o Consultório na Rua que a encontrou numa dessas noites e manteve o fio do cuidado até ela conseguir se estabilizar. A equipe do CAPS articulou com o CRAS para que ela acessasse o Bolsa Família e regularizasse sua situação no Cadastro Único — direitos que ela nunca havia conseguido sozinha, porque não sabia que existiam ou porque o sistema parecia feito para não ser encontrado por quem mais precisava. O Centro de Convivência do bairro tinha uma cooperativa de costura — ela começou a frequentar duas vezes por semana, e aquilo foi se tornando trabalho, renda e pertencimento ao mesmo tempo. Cada um desses serviços era um ponto de ligação da rede. E o CAPS era o serviço que sabia e buscava encontrar esses pontos — e que não deixava Dandara perder-se entre eles.*

A Rede de Atenção Psicossocial — RAPS é composta por um conjunto diversificado de pontos de atenção que, articulados entre si, devem garantir o cuidado integral às pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses pontos incluem, entre outros: a atenção básica (UBS, ESF, equipes multiprofissionais, consultórios na rua), os CAPS em suas diferentes modalidades, as Unidades de Acolhimento psicossociais, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência, os leitos de saúde mental em hospitais gerais e os serviços de urgência e emergência.

A articulação entre esses dispositivos não é automática: ela precisa ser construída ativamente, por meio de comunicação regular entre as equipes, de protocolos compartilhados, de reuniões intersetoriais e de uma cultura de corresponsabilização. O CAPS ocupa, nessa rede, uma posição estratégica: é o serviço de referência para os casos de maior complexidade e vulnerabilidade, é também o serviço que, por sua proximidade com o usuário, tem condições de identificar quais outros pontos da rede precisam ser acionados em cada momento da trajetória de cuidado.

A articulação com a rede intersetorial — assistência social, habitação, educação, cultura, geração de trabalho e renda, justiça — é igualmente indispensável. O sofrimento mental raramente se resolve apenas com tratamento clínico: ele exige respostas que atravessem múltiplos setores e que reconheçam as determinações sociais da saúde. Nesse sentido, o CAPS deve ser um serviço poroso, capaz de transitar entre diferentes políticas públicas e de construir, junto com o usuário, uma rede de apoio que vá além do sistema de saúde. Uma rede que dê suporte ao projeto de vida do usuário, sendo tecida cotidianamente, portanto viva e em constante movimento, seguindo o fluxo da própria vida no território.

É muito importante que a RAPS local tenha consciência de si mesma, ou seja: que os trabalhadores de cada serviço, ao invés de permanecerem isolados ali, conheçam e frequentem os demais pontos de atenção da cidade, seja da saúde, da saúde mental, da assistência social etc. É essencial que avaliem suas conquistas e seus problemas e adquiram uma visão coletiva e compartilhada da rede. É preciso que se encontrem em reuniões, seminários, supervisões etc., para avaliar o cuidado oferecido, propor aprimoramentos e realizar mudanças.

## Organização política dos usuários

*Dandara descobriu as assembleias por acaso. Entrou numa sala achando que era uma oficina e se deparou com uma roda de cadeiras, um quadro-negro e um monte de gente discutindo se o CAPS deveria comprar um fogão novo ou consertar o ar-condicionado. Ela ficou. E quando alguém perguntou se havia mais alguma pauta, ela levantou a mão — pela primeira vez em muito tempo — e disse: “Eu queria falar sobre o transporte. Tem gente que não consegue vir porque o ônibus não passa perto.” A sala ficou em silêncio. Depois, alguém disse: “Boa pauta.” E ela percebeu que sua voz tinha peso.*

*Meses depois, Dandara estava na Conferência Municipal de Saúde, sentada numa mesa de discussão sobre saúde mental e direitos das mulheres negras. Ela não era mais apenas uma usuária. Era uma cidadã que sabia o que queria e sabia como pedir.*



A reforma psiquiátrica brasileira vem construindo uma política pública no âmbito do SUS e isto é algo que não se pode perder de vista. A reforma, muito mais do que uma questão técnica, é um empreendimento ético e político, no qual o protagonismo dos usuários e familiares tem importância decisiva. Promover e incentivar este protagonismo é uma função precípua do CAPS.

A realização de assembleias pelo menos semanais nos serviços é essencial como primeiro passo da organização dos usuários, na medida em que neste espaço podem discutir e problematizar o funcionamento do CAPS, sugerir melhorias e mudanças, avaliar o cuidado que recebem; planejar passeios e festas; denunciar agravos que porventura lhes sejam feitos. Todas estas pautas, embora tão simples, introduzem os usuários numa dimensão de construção coletiva de exercício da sua cidadania, em que se aprende a falar e a ouvir, a pensar juntos, a fazer valer uma decisão tomada ou uma combinação feita, experimentando seu protagonismo. Também na assembleia se prepara a participação no 18 de maio, em eventos ligados à saúde mental, em conferências de saúde, partilhando com os usuários a defesa do cuidado em liberdade.

É importante que os usuários participem destes encontros, como se fez desde a origem do movimento da luta antimanicomial. A presença de usuários em instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde e outros, representa uma significativa força política para fortalecer reivindicações relativas ao serviço, à RAPS, às políticas públicas, à garantia de direitos. Sua organização em associações de usuários e familiares, com o apoio do CAPS e de outros pontos de atenção da RAPS, é de grande importância para que não permaneçam passivos diante dos ganhos e retrocessos da reforma psiquiátrica e sim, tornem-se agentes ativos da luta política sustentada pelo movimento da luta antimanicomial.

## Interlocução com movimentos e instâncias de controle social

*Dandara conheceu o Movimento da Luta Antimanicomial numa passeata do 18 de maio. Ela foi porque o CAPS organizou um ônibus. Carregou uma faixa que dizia "Por uma sociedade sem manicômios" sem saber muito bem o que aquilo significava. Mas quando ouviu os discursos — de usuários, de familiares, de trabalhadores que haviam visto de perto o que os hospitais psiquiátricos faziam com as pessoas — ela entendeu. Entendeu que o que havia acontecido com ela não era apenas um infortúnio pessoal. Era o resultado de um sistema. E que mudar esse sistema era possível — mas exigia que pessoas como ela estivessem na luta.*



O CAPS não existe numa bolha. Ele é parte de um campo político mais amplo, atravessado por disputas sobre o modelo de atenção em saúde mental, sobre os recursos públicos destinados à área, sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental. Manter-se conectado aos movimentos sociais e às instâncias de controle social não é uma opção: é uma condição para que o serviço permaneça fiel aos seus princípios e alinhado ao que determina os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A interlocução com o Movimento da Luta Antimanicomial, com os Fóruns de Saúde Mental, com os movimentos de mulheres, de negros, de pessoas LGBTQIA+, de pessoas em situação de rua, de usuários de álcool e outras drogas, com os direitos humanos enriquece a perspectiva do serviço e o mantém atento às demandas que emergem da sociedade. Esses movimentos são, muitas vezes, os primeiros a identificar retrocessos na política de saúde mental e a organizar resistência. A participação nos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde é de grande importância, valorizando o exercício do controle social. Em muitos municípios, a criação e a presença ativa da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica ou de Saúde Mental contribuem grandemente para assegurar a qualidade do cuidado, e obter conquistas necessárias para garanti-la.

As interseccionalidades têm papel central nessa interlocução. O sofrimento mental não afeta a todos da mesma forma: mulheres negras são mais frequentemente internadas de forma compulsória; pessoas LGBTQIA+ enfrentam violência institucional nos serviços de saúde; pessoas em situação de rua são tratadas como caso de polícia antes de serem tratadas como caso de saúde. Articular-se com os movimentos que lutam contra essas opressões é parte do trabalho do CAPS — não como tarefa adicional, mas como expressão coerente de seus princípios éticos e políticos.

O CAPS deve também incentivar a participação de seus usuários e familiares nas instâncias de controle social, preparando-os para ocupar esses espaços com voz e protagonismo. A participação nas Conferências de Saúde, nos Conselhos Gestores, nas audiências públicas é uma forma de exercício da cidadania que o cuidado em liberdade deve promover ativamente.

## Atenção psicossocial

*Depois de alguns meses no CAPS, Dandara começou a perceber que estava mudando — mas não da forma que imaginava quando entrou. Ela pensava que “melhorar” significava parar de ouvir vozes. As vozes ainda estavam lá, às vezes. Mas ela havia aprendido a reconhecê-las, a saber quando chegavam e por quê. Mais do que isso: ela havia conseguido um quarto fixo, estava frequentando um curso de alfabetização para adultos, tinha retomado a guarda de Lia nos fins de semana, havia feito amizades no Centro de Convivência. A vida havia ganhado textura. Ela não estava “curada” no sentido que o hospital lhe prometia. Estava, de outra forma, viva.*

A atenção psicossocial é o paradigma que orienta o trabalho do CAPS e, mais amplamente, da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ela distingue do modelo biomédico clássico, não por negar a dimensão clínica do sofrimento mental, mas por recusá-la como dimensão exclusiva ou suficiente. O sofrimento mental é sempre também um sofrimento social, relacional, existencial — e o cuidado que se propõe a respondê-lo precisa ser igualmente amplo.

A atenção psicossocial desloca o foco da doença para o sujeito, do sintoma para a vida, do tratamento para o cuidado. Ela reconhece que a pessoa em sofrimento mental é, antes de tudo, uma pessoa — com história, desejos, projetos, direitos e potências. O objetivo do cuidado não é a eliminação dos sintomas a qualquer custo, mas a ampliação da autonomia, da participação social e da qualidade de vida do usuário, em seus próprios termos. O que se espera ao promover o cuidado é que a pessoa possa viver a sua vida da melhor forma possível, que ela se sinta respeitada em seus direitos, apoiada para construir seus projetos e perceber-se pertencente a um coletivo que a considera, antes de tudo, como pessoa.

Nesse paradigma, as interseccionalidades não são variáveis secundárias a serem registradas no prontuário: são constitutivas do sofrimento e, portanto, constitutivas do cuidado. Uma clínica que ignora que Dandara é negra, pobre, mulher, migrante e sobrevivente de violência doméstica não é uma clínica singular — é uma clínica cega. A atenção psicossocial exige que a equipe desenvolva sensibilidade para as formas como raça, gênero, classe, território, geração e outras dimensões se cruzam na produção do sofrimento e na organização das respostas possíveis.

Isso implica, na prática, uma escuta que vai além dos sintomas; uma avaliação que considera as condições materiais de existência; uma intervenção que articula saúde, assistência social, cultura, educação e direitos; e uma postura ética que recusa a naturalização das desigualdades como se fossem destinos individuais. A atenção psicossocial é, em sua essência, uma prática de justiça.

## Redução de danos como princípio ético

*Havia um usuário no CAPS que todos chamavam de Zé do Vinho. Ele bebia. Bebia muito. A equipe já havia tentado de tudo: grupos de abstinência, internações, encaminhamentos para comunidades terapêuticas. Nada havia funcionado. Certa vez, numa reunião, alguém propôs: “E se a gente parasse de tentar fazê-lo parar de beber e começasse a pensar em como ele pode beber com menos dano?” Houve resistência. Mas a proposta foi adiante. Começaram a conversar com ele sobre o que o fazia beber, sobre os horários mais perigosos, sobre como podia alimentar-se melhor, sobre o que queria da vida além do álcool. Ele não parou de beber. Mas parou de dormir na rua. Começou a vir ao CAPS regularmente. Disse que era o único lugar onde não o tratavam como lixo.*

*Dandara, que havia usado crack por alguns meses durante o período mais difícil de sua vida, reconheceu nessa história algo de si mesma. “Ninguém me perguntou por que eu usava”, ela disse numa assembleia. “Só me diziam para parar.”*

A redução de danos é, antes de ser uma técnica, um princípio ético. Ela parte do reconhecimento de que as pessoas têm o direito de fazer escolhas sobre seus próprios corpos e suas próprias vidas — mesmo escolhas que os profissionais de saúde consideram prejudiciais — e de que o papel do cuidado não é substituir a vontade do usuário pela vontade da equipe, mas acompanhá-lo na construção de uma vida com menos sofrimento, mais autonomia e mais dignidade.

No campo do uso de álcool e outras drogas, a redução de danos se traduz em estratégias que visam minimizar os riscos associados ao uso sem exigir, como condição prévia, a abstinência total. Isso inclui a distribuição de insumos de proteção, a orientação sobre práticas de uso mais seguras, o acompanhamento clínico sem julgamento moral e a construção de vínculos que permitam ao usuário, quando e se desejar, avançar em direção à redução ou cessar o uso.

A redução de danos vai além do campo das drogas. Ela está incluída em um princípio que orienta toda a prática do CAPS: não abandonar o usuário porque ele “não adere ao tratamento”; não o excluir porque ele “não melhora”; não colocar condições para o cuidado. Implica reconhecer que a vida real é feita de contradições, recaídas, ambivalências — e que o cuidado precisa ser suficientemente robusto para acompanhar essa complexidade sem se romper.

As interseccionalidades são centrais para uma prática de redução de danos eticamente consistente. O uso de substâncias não é um fenômeno isolado: ele está frequentemente associado a experiências de violência, exclusão, racismo, pobreza e falta de perspectiva. Uma abordagem que trata o uso como problema individual, sem considerar as condições que o produzem, é uma abordagem que reproduz as mesmas desigualdades que o SUS se propõe a combater.

## SUS: universalidade, equidade, integralidade

*No último dia do ano, Dandara foi ao CAPS para uma festa que a equipe havia organizado. Havia bolo, música, uma mesa com comida que cada um havia trazido de casa. Ela levou um cuscuz que havia feito com Lia. Enquanto olhava para aquela sala cheia de pessoas — negras, brancas, velhas, jovens, com histórias tão diferentes e tão parecidas com a sua — ela pensou no hospital psiquiátrico onde havia ficado quarenta e dois dias. Pensou no quarto trancado, na medicação dada sem explicação, no médico que nunca havia perguntado seu nome. E pensou no CAPS: na porta aberta, no nome que todo mundo sabia, nas conversas, nas brigas, nas assembleias, nas noites difíceis que haviam suportado, porque havia alguém do outro lado da linha.*

*“Isso aqui é do SUS?”, ela perguntou para Marcos. Ele disse que sim. Ela ficou em silêncio por um momento. Depois disse: “Então o SUS me salvou.” Ele respondeu: “O SUS foi feito para isso. Para pessoas como você, como nós”*



O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição de 1988 como expressão de um projeto político de democratização da saúde no Brasil. Seus princípios doutrinários — universalidade, equidade e integralidade — não são apenas diretrizes técnicas: são compromissos éticos e políticos que definem o tipo de sistema de saúde que a sociedade brasileira decidiu construir.

**A universalidade** afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, independentemente de contribuição prévia, de condição social, de raça, de gênero, de território ou de qualquer outra característica. No campo da saúde mental, isso significa que o CAPS deve estar disponível para qualquer pessoa em sofrimento mental que dele necessite — sem triagem excludente, sem listas de espera que funcionem como barreiras, sem critérios que reproduzam as desigualdades que se propõe a combater. Deve assegurar plenamente a garantia do acesso.

**A equidade** reconhece que tratar igualmente os desiguais é uma forma de perpetuar a desigualdade. Ela exige que o SUS ofereça mais a quem mais precisa e que as respostas sejam calibradas pelas necessidades reais das pessoas e não por padrões abstratos de normalidade. No contexto das interseccionalidades, a equidade implica reconhecer que mulheres negras, pessoas LGBTQIA+, pessoas em situação de rua, povos indígenas e outras populações historicamente marginalizadas enfrentam barreiras específicas de acesso ao cuidado — e que o serviço precisa desenvolver estratégias ativas para superá-las. Também promove o reconhecimento de que as pessoas que se encontram em condições mais vulneráveis, do ponto de vista psicossocial — crises, quadros graves, acompanhados ou não de fragilidades sociofamiliares — são parte essencial da clientela da RAPS.

**A integralidade** afirma que o cuidado deve considerar a pessoa em sua totalidade — não apenas o sintoma ou a doença, mas o sujeito em sua dimensão biológica, psicológica, social, cultural e existencial. No CAPS, a integralidade se traduz na articulação entre saúde mental e saúde geral, entre clínica e direitos, entre tratamento e vida. Ela é incompatível com uma prática que trata o sofrimento mental como problema exclusivamente médico, ignorando as condições materiais e relacionais que o produzem.

Os três princípios, tomados em conjunto, definem o horizonte ético do CAPS e de todos os pontos da rede do SUS: um serviço público, gratuito, acessível a todos, sensível às desigualdades, comprometido com o cuidado integral e com a produção de autonomia e cidadania. Um serviço que, como anuncia o título deste documento, cuida com bem-querer — não com mero sentimentalismo, mas como uma postura política e clínica diante da vida.

*Dandara ainda frequenta o CAPS, com menor regularidade. Ela tem um quarto alugado, e Lia mora em sua companhia. Trabalha numa cooperativa de costura e está terminando o ensino fundamental. As vozes ainda aparecem às vezes — mas ela sabe o que fazer quando chegam. Ela tem o número do CAPS no celular. Tem o nome de Marcos. Tem a assembleia toda semana. Tem a rede.*

*Ela não está curada. Está viva. E isso, como aprendeu, é muito mais do que parece.*



## Finalizando: um Caps territorial está onde a vida acontece

O CAPS, como todos os pontos de atenção que compõem o que hoje chamamos de Rede de Atenção Psicossocial, que já foi chamada de rede substitutiva de serviços, deve ser um serviço inserido e articulado com a cidade, com outros pontos da intersectorialidade (SUAS, educação, cultura etc.), inclusive com pontos não formais, mas que também oferecem ancoragem aos usuários. O CAPS deve ser um lugar de trânsito, entre o dentro do serviço e o fora articulando estes pontos identificados pela equipe e o usuário, como pontos de cuidado. O CAPS é o nó que articula a rede, colocando em movimento o projeto terapêutico singular. É preciso habitar as cidades, é nas cidades que a vida acontece. Evidentemente a cidade é um espaço complexo atravessado por muitas linhas de força, muitos desafios, mas também potências. A cidade é o lugar do acontecimento e precisamos estar nela para disputarmos narrativas, para afirmarmos a potência de todas as vidas, para garantir cidadania. A luta antimanicomial historicamente se pauta no cuidado em liberdade, como forma de garantia de direitos. Direito de existir, direito de habitar! Direito a cidadania/florestania neste nosso diverso país chamado Brasil.

**Assim é um CAPS do bem querer!**



Núcleo de Saúde  
Mental, Alcool e  
Outras Drogas  
(NUSMAD)



 **FIOCRUZ** | Brasília



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO DO  
**BRASIL**  
DO LADO DO POVO BRASILEIRO