

DESENCAPSULANDO POTÊNCIAS: OS CAPS COMO SUBVERSÃO AO NEOLIBERALISMO

Breno Henrique Rapaki Menezes¹

RESUMO

O presente artigo utiliza a cartografia como metodologia para investigar como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) resistem como dispositivos clínico-políticos de promoção de saúde em um contexto de sofrimento neoliberal. O trabalho contextualiza o município de onde parte a pesquisa, bem como um breve histórico da reforma psiquiátrica brasileira e a criação dos CAPS. Também percorre os impactos das políticas de austeridade sobre a saúde e a educação, assim como a precarização dos serviços públicos e suas consequências para trabalhadores e usuários. Destaca-se como os CAPS promovem formas de cuidado coletivo e territorial que subvertem a lógica neoliberal, caracterizada pela individualização, responsabilização e medicalização do sofrimento psíquico. Os CAPS valorizam o cuidado coletivo e territorial, fomentando redes de suporte que reforçam a autonomia, a participação e o pertencimento social. Os resultados apontam que os efeitos do modelo neoliberal se refletem nos CAPS de diferentes maneiras, descartando o modo de subjetivação e sofrimento dos usuários, e principalmente as adversidades frequentemente atribuídas à fragmentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ainda assim, esses dispositivos demonstram potencial transformador ao resistirem à lógica do mercado e promoverem uma prática integrada, comunitária e contextualizada de saúde mental. Conclui-se que os CAPS não apenas enfrentam as demandas contemporâneas de saúde mental, mas também representam alternativas concretas para a construção de um cuidado que valoriza a dignidade humana e subverte o discurso neoliberal.

Palavras chave: Cartografia, CAPS, Demanda, Saúde Mental, Neoliberalismo.

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso devém dos questionamentos e experiências vividas enquanto acadêmico de psicologia, trabalhador da Rede de Atenção Psicossocial e antes de tudo, cidadão. A prática da psicologia é indissociável à política, sobretudo nas instituições de Saúde Públicas. Lira e Monteiro (2021, p. 72) entendem que “[...] toda pesquisa é uma intervenção e toda intervenção em saúde é sempre uma atitude clínico-política, uma indissociabilidade entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade.” Entendo que a academia e a prática se retroalimentam constantemente, tendo em vista que os modelos contemporâneos de atuação se baseiam nas questões e propostas de trabalho do passado. Deleuze e Guattari (2011) já destacavam esse ciclo ao afirmar que tudo é produção de produção. Essa intersecção influencia diretamente a atuação e o impacto na sociedade, nas políticas públicas e na clínica particular.

¹ Discente do Curso Psicologia da Universidade La Salle - Unilasalle, matriculada na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso. E-mail: brapakim@gmail.com, sob a orientação Prof. Dr. Leonardo Martins Costa Garavelo. E-mail: leonardo.garavelo@unilasalle.edu.br. Data de entrega: 03 dez. 2024.

Os dilemas que atravessam o campo da Saúde Pública, são inerentes às configurações das estruturas sociais, políticas, culturais e econômicas. Que geram, por sua vez, maneiras de sofrer específicas a cada estrutura. Conforme Dardot e Laval (2017), o neoliberalismo expande a lógica de mercado para todas as esferas das relações sociais, influenciando desde o funcionamento de empresas e governos até a subjetividade dos indivíduos. Pesquisar e praticar psicologia em um país situado na periferia global, demanda prudência a sempre levar em consideração esse atravessamento.

Saúde Mental neste contexto é um dispositivo revolucionário das relações e estruturas sociais. Julgo imanente a maneira como percebo a prática e as potências da profissão com a experiência de trabalho na rede pública de saúde. Em um cenário marcado pela subjetivação neoliberal, a prática em Saúde Mental Pública emerge como uma forma de resistência e uma possibilidade de construir um cuidado no coletivo. É a partir dessa premissa que categorizo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que, pela sua concepção, objetiva proporcionar um cuidado capaz de responder às demandas de saúde mental a partir de uma visão crítica. O objetivo deste trabalho, portanto, é investigar como os CAPS se organizam em uma sociedade neoliberal, a partir da precarização dos serviços públicos e as demandas de sofrimento contemporâneas.

A CONFIGURAÇÃO DO MUNICÍPIO

O pesquisar neste artigo, só se faz possível a partir da atuação enquanto Educador Social no CAPS III Recanto dos Girassóis, o único CAPS III do Rio Grande do Sul que não é destinado a usuários de álcool e outras drogas. Localizado no Centro de Canoas, é referência em saúde mental para a população da Zona Oeste da cidade. As redes de serviços e políticas públicas, são estruturadas de acordo com cada gestão municipal. Dessa forma compreender o território e a organização dos serviços e políticas públicas é um exercício não apenas técnico, mas também de implicação e compromisso com o cuidado, já que é faz parte do conjunto de ações de cuidados necessários aos serviços públicos. É fundamental, portanto, contextualizar o local específico de atuação e pesquisa, bem como a rede do município.

O município de Canoas possui uma trajetória reconhecida na Saúde Mental, na luta por dignidade e inclusão social daqueles que sofrem de transtornos mentais, tendo sido aprovado dia 1º de setembro de 1995 a lei Nº 4015 contemplando ações de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa. Em 2002, o primeiro CAPS foi habilitado, e em 2010 a partir de uma Conferência Municipal de Saúde Mental foi estabelecida a criação da Diretoria de Atenção em Saúde Mental (DASM).

O município possui três CAPS III com funcionamento 24h e que oferecem Hospitalidade Noturna, sendo que dois deles são focados no atendimento em decorrência do uso de álcool e outras drogas, e dois CAPS II com funcionamento em horário comercial de segunda à sexta-feira, sendo um deles exclusivo para crianças e adolescentes. Além dos cinco CAPS possui com uma RAPS ampla, que inclui, um Consultório de Rua, 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) conveniados à prefeitura, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Serviço Hospitalar Psiquiátrico de Referência localizado no Hospital Universitário de Canoas, um Serviço Hospitalar de Emergência no Hospital Nossa Senhora das Graças, além de cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Para além de serviços, o município possui uma trajetória de movimentos culturais como os “Loucanoas” em 1994 e 1995 e “Canoas Loka de Boa” a partir de 2011.

Foi a partir do trabalho nesta rede que pude vivenciar e observar as diferentes influências que atuam sobre os trabalhadores e usuários do serviço, me distanciando cada vez mais da prática de uma psicologia individual, que de certa forma colabora para a manutenção do *status quo*.

UMA METODOLOGIA POLÍTICA

A escolha da cartografia como metodologia de pesquisa parte da própria natureza da instituição pesquisada. Investigar as relações de um serviço fundamentado na liberdade exige, por princípio, um método igualmente livre. Livre para se implicar, para questionar, para criar. Para Fonseca, do Nascimento e Maraschin (2015, p. 4), essa metodologia de pesquisa pressupõe em um formato outro de registro de percepções e experiências:

[...] situar o pesquisar no âmbito daquilo que pode ser proliferado para diversas direções, cada qual de acordo com a potência dos corpos que pesquisam. Corpo implicado com planos de visão que, ao ultrapassarem o conjunto sensorio-motor –perceber, agir e sentir-, lançam bases para a criação de novas imagens de mundo-, imagens-pensamento-, prenes de potências de outros modos de fazer ver, para além do empírico, para além do corpo orgânico, para além do tempo cronológico, que apenas assinala posições notáveis no curso dos acontecimentos.

Usar a cartografia como método para este trabalho, tem como ênfase captar processos dinâmicos e construir um entendimento que emerge do próprio objeto de estudo, sem impor modelos preestabelecidos. Objetiva-se capturar uma paisagem psicossocial, sendo descrita por Filho e Teti (2013, p. 56) como:

Paisagens psicossociais remetem a “mundos” ou “tempos”, constituídos como experiências históricas, nem exatamente pessoais, muito menos subjetivas no sentido

de interiorizadas. Elas remetem a estéticas circulantes e formas coletivas de subjetividade, formas coletivas e históricas de existência, economias ou regimes de produção de corpos e subjetividades, modos históricos de relação com os outros e consigo mesmo, estetizações e formas históricas de elaboração e produção de si mesmo. Não exatamente experiências de sujeitos, mas experiências coletivas às quais estamos sujeitos, ou, das quais somos sujeitos, à medida que nos constituímos nesse cenário histórico até certo ponto comum aos que vivem em determinado tempo, espaço ou cultura.

Como descrevem Deleuze e Guattari (2011, p. 16) “A síntese produtiva, a produção de produção, tem uma for a conectiva: “e”, “e depois”...”. Deste modo não me proponho a chegar em uma resposta conclusiva, mas sim em uma abertura para múltiplos conhecimentos e possíveis análises, em um fluxo que inicia muito antes da escolha deste tema e não se finaliza na conclusão deste projeto.

Para cartografar essa trajetória, irei partir do questionamento inicial e discorrer em tópicos que a partir do conceito de rizoma se ramificam de forma não linear, horizontal, sem uma direção definida. Não linear pois permite que ideias e temas se conectem livremente, cruzando-se e sobrepondo-se. Horizontal, pois não necessariamente seguem uma sequência rígida, mas interagem e influenciam uns aos outros de maneira não hierárquica. E sem uma direção definida pois o produto de pesquisa não necessariamente se define na conclusão, mas sim no próprio pesquisar, podendo extrapolar as margens físicas do papel ou dos pixels da tela. O desafio ao cartografar é construir possibilidades de novos agenciamentos, linhas de fuga a partir das concretudes da realidade. “Neste caso, não se trata de distinguir o produzir e seu produto; ou, pelo menos, o objeto produzido leva o seu aqui para um novo produzir.” (Deleuze e Guattari, 2011, p. 18).

NEOLIBERALISMO, SOFRIMENTO E A SUBJETIVAÇÃO INDIVIDUALISTA

Para se discutir saúde e sofrimento, é fundamental considerar, em primeiro lugar, a estrutura macroeconômica e política na qual se está inserido. O modelo neoliberal, que nos foi imposto a partir das últimas décadas do século XX, tem modificado radicalmente as relações sociais, o mercado de trabalho e as dinâmicas econômicas globais. Esse sistema não se limita ao aspecto econômico, mas também abrange uma série de normas morais e disciplinares. Demonstrando-se eficaz na moldagem dos desejos e subjetividades dos sujeitos.

Ora, é fato que diferentes modalidades de produção de subjetividade implicam diferentes modalidades de saúde psíquica. Desde já enunciamos dois modos contraditórios: reposição dos indivíduos nos processos de produção saúde-adoecimento, o que em termos do Modo de Produção atualmente dominante significa repor o indivíduo na reprodução do capital ou no consumo, efeitos homólogos; e reposicionamento dos indivíduos nos conflitos e contradições de que vieram se queixar. (Costa-Rosa, 2013, p. 24).

Inseridos em um contexto marcado pela lógica de mercado, as relações interpessoais passam a ser geridas pela lógica de competição. Conforme afirma Han (2020, p. 11), "O sujeito neoliberal como empreendedor de si mesmo é incapaz de se relacionar livre de qualquer propósito. Entre empreendedores não surge amizade desinteressada". Essa lógica individualista, que transforma cada indivíduo em seu próprio meio de produção, é intensificada por discursos que incentivam a autossuficiência e a superação constante de metas. Safatle, Da Silva Júnior e Dunker (2022) corroboram essa perspectiva ao afirmar que tudo que compreende a experiência humana deve ser operacionalizada como uma empresa.

Para convencer a maioria da classe trabalhadora que não há necessidade de intervenções estatais, principalmente para garantia de proteção e direitos, empenha-se um esforço comercial e ideológico destinado a internalizar a ideia de responsabilização individual por sua vida, onde todos riscos devem ser assumidos de maneira independente. A internalização dessa ideologia contribui para a desmobilização da classe trabalhadora, uma vez que fragmenta os interesses coletivos e dificulta a construção de uma consciência de classe. Ao transformar cada indivíduo em um competidor, como apontam Medeiros, Pinho e Sousa (2021, p. 311):

Esse fundamento de competitividade é extremamente prejudicial não somente para os sujeitos isolados, mas para a construção de relações interpessoais que o neosujeito mantém em seu cotidiano, tornando-se escassas, empobrecidas, ou demanda de uma ansiedade crescente por essa desconfiança instaurada [...].

Oliveira (2022, p. 369) aprofunda essa análise ao discutir a relação entre sofrimento e discurso neoliberal:

Quer dizer, se o indivíduo tolera o próprio sofrimento, ele tende a não reconhecer o sofrimento de outros como uma injustiça. É possível então dizer que a percepção desse sofrimento, o próprio e o alheio, sofre uma distorção que é decorrente da adesão ao discurso neoliberal. A capacidade para suportar a tragédia, sem se abater, não apenas consentindo, mas cooperando, de modo que ela faça cada vez mais vítimas, seria formada no e pelo próprio trabalho através dos esforços psíquicos mobilizados pelos indivíduos, individual e coletivamente, visando à adaptação ao sofrimento.

A internalização desse discurso leva então à tolerância do sofrimento e à naturalização das desigualdades sociais. Han (2020) aponta para uma contradição da contemporaneidade: o modelo de trabalho atual, marcado pela precarização e pela intensificação da competição, não gera as revoluções que se esperaria, mas sim um contingente cada vez maior de indivíduos acometidos por transtornos como depressão e ansiedade. Essa constatação encontra eco nas palavras de Oliveira (2022), que caracteriza essa condição como a incapacidade de "suportar a brutalidade das relações de concorrência".

O sofrimento psíquico é cada vez mais individualizado e medicalizado. Costa-Rosa (2013) denomina esse fenômeno de "tecnopsiquiatria", essa modalidade médica entende como sua prática a superação do adoecimento por meio de intervenções farmacológicas, individuais e acima de tudo, breves. A saúde mental, a partir do discurso hegemônico, cada vez mais, tem sido abordada como uma questão particular, dissociada das condições socioeconômicas, políticas e culturais, das relações de trabalho e da constante insegurança e ameaça de desemprego. Isso resulta em um modelo que se concentra cada vez mais no diagnóstico, no controle comportamental e na patologização dos indivíduos, muitas vezes ignorando a complexidade das suas experiências de sofrimento.

O adoecimento psíquico não mais é percebido como pertencente ao modo de relação, e sim como o descumprimento das metas produtivas ao capital. Safatle, da Silva Júnior e Dunker (2022) apontam que, a partir da década de 1970, presencia-se uma transformação na etiologia das psicopatologias. Tal mudança foi marcada principalmente pelo lançamento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), o qual substituiu os modelos estruturais do psiquismo por categorias que classificam os transtornos com base no descumprimento de padrões de desempenho. Essa mudança, que ocorreu em um contexto de ascensão do neoliberalismo, transformou o sofrimento em uma doença a ser tratada, contribuindo para a manutenção do status quo e para a desresponsabilização das instituições sociais.

Han (2020) argumenta que a lógica capitalista inverte a relação entre trabalho e necessidade: em vez de trabalharmos para suprir nossas próprias necessidades, somos induzidos a trabalhar para atender às demandas do capital. Essa inversão nos leva a internalizar as necessidades do sistema como se fossem nossas, adaptando-nos a um sofrimento que se torna necessário para a manutenção da ordem produtiva. Corroborando essa análise, Costa-Rosa (2013) demonstra como as modalidades terapêuticas, submetidas às leis de mercado, reproduzem a mesma lógica que gera o adoecimento psíquico. A condição de adoecimento e cura, assim, torna-se mais um produto a ser consumido, exigindo do indivíduo um esforço constante de adaptação e otimização.

REABILITAÇÃO SOCIAL E A IDEALIZAÇÃO DOS CAPS

No Brasil, a trajetória que culminou na criação da atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi marcada por décadas de movimentos sociais que, baseados em relatos, denúncias e experiências de trabalho e tratamento em condições subumanas, lutavam por direitos tanto para os trabalhadores quanto para os pacientes dos hospitais psiquiátricos. Em 1989, foi

apresentado o projeto de reforma psiquiátrica, que só seria efetivamente implementado em 2001. Os doze anos que se passaram até sua implementação evidenciam os diversos tensionamentos enfrentados no processo, além de indicar que a reforma não era considerada uma prioridade.

O objetivo principal da reforma era promover a desinstitucionalização psiquiátrica, com o fechamento gradual dos manicômios, a redução das internações hospitalares e a construção de uma rede de atenção psicossocial. Naquele momento, havia uma proposta imediata, que buscava resgatar a cidadania e reintegrar os, até então, internos do sistema manicomial à convivência social. Foi a partir das iniciativas de cuidado comunitário e territorial iniciadas na década de 1980, que se idealizaram os CAPS, cujo marco legal foi estabelecido cerca de vinte anos depois pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. A rede visava seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que também se estruturava neste mesmo período.

A proposta de trabalho dos CAPS se baseia em um modelo de cuidado comunitário e transdisciplinar para aqueles que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, sem a intenção de restringir o tratamento a um espaço-tempo-modo específico para a intervenção. Assim como descreve manual do Ministério da Saúde:

Ele é o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2004, p. 13).

Os CAPS foram propostos não apenas como dispositivos para acolher os egressos dos manicômios mas, principalmente, como uma ferramenta estratégica e promotora de novas políticas públicas. Planejar como realizar um atendimento voltado para as potências e possibilidades de existência de um indivíduo, em vez de se limitar à visão biológica-individual do adoecimento psíquico requer, necessariamente, uma disposição por parte dos profissionais que atuam nesses serviços. Baroni e Andrade (2021, p. 2) reconhecem a tendência em se focar no processo unicamente na doença “ao invés de se focar em saúde como possibilidade de promoção coletiva”.

Entretanto, não há um método universal para se promover saúde mental, o que torna o trabalho também inventivo-potencial. Não por acaso, a principal ferramenta de trabalho nos CAPS é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em um conjunto de atendimentos,

intervenções e atividades desenvolvidas de forma personalizada para cada usuário. O PTS não se restringe apenas às ações realizadas dentro do CAPS, podendo, preferencialmente, ser expandido para a vida em comunidade e no território onde o usuário está inserido. Além disso, os PTS são flexíveis, podendo ser revisados e ajustados a qualquer momento, conforme as necessidades ou as diferentes fases do tratamento.

Lavrador e Ribeiro (2015) descrevem que os serviços de atenção psicossocial exigem uma abordagem que vá além da simples identificação de sintomas, atuando no campo da produção social e cultural. Esses serviços envolvem novas formas de intervenção e de relações humanas. Rotelli (1990, p. 90) alega que a desinstitucionalização vai além da mudança da prática de trabalho em saúde, mas também envolve reconstruir a “complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado”.

PRECARIZAÇÃO ENQUANTO POLÍTICA

Na última década, o Brasil tem experienciado uma intensificação de aprovações de políticas de austeridade, ou seja, projetos políticos que objetivam discriminadamente a diminuição dos gastos públicos. As principais medidas tomadas incluem as reformas trabalhistas e previdenciárias que desmantelam progressivamente direitos conquistados. Em particular, a Emenda Constitucional 95/2016 gerou intensos cortes que afetaram diretamente setores fundamentais, como saúde, educação, previdência e assistência social.

Na saúde, a implementação das diretrizes da reforma psiquiátrica possibilitou ao Brasil ganhar reconhecimento internacional como modelo em políticas públicas para o setor. A redução dos leitos em hospitais psiquiátricos direcionou o financiamento a dispositivos voltados para a desinstitucionalização, como os CAPS. Contudo, conforme aponta Onocko-Campos (2019), a Saúde Mental é um setor subfinanciado dentro do SUS, que, por sua vez, já enfrenta uma crônica insuficiência de recursos. A garantia de acesso à direitos é uma disputa política. Conforme Barros e Bernardo (2017) apontam, embora a Saúde Pública devesse evitar a lógica de lucro característica do setor privado, tem sido gerenciada dessa forma, o que compromete a qualidade dos serviços. Essa gestão focada em redução de custos leva ao sucateamento da mão de obra, à precarização de materiais, infraestrutura e contratações. Os autores defendem argumentam que o SUS ainda não foi plenamente implementado e que a privatização e terceirização progressiva dos serviços enfraquecem sua estrutura, gerando impactos negativos tanto para os usuários quanto para os profissionais, cuja atuação se torna cada vez mais precarizada. Entre os principais efeitos da terceirização, Lira e Monteiro (2021) destacam a ausência de planos de carreira e a alta rotatividade, que gera

descontinuidade nos vínculos entre trabalhadores e usuários; a redução do número de trabalhadores nas equipes, aumentando o estresse e a sobrecarga de trabalho; o baixo investimento em qualificação profissional; a insuficiência de materiais e instrumentos de trabalho.

Apesar de haver diversas orientações fornecidas por materiais e cartilhas sobre o funcionamento dos CAPS, na realidade existe uma pluralidade de formas de organização e recursos ao invés de padronização entre as unidades. Há disparidades significativas entre alguns CAPS como o número de trabalhadores em uma equipe, melhores infraestruturas para atividades terapêuticas e de lazer, maiores verbas para materiais e atividades externas, entre outras. Também não há uma delimitação clara de questões contratuais como a forma de contratação dos trabalhadores, remuneração, ou os tipos de formação e capacitação desejados para as equipes, aspectos que consideram essenciais para a manutenção da qualidade do trabalho nesses serviços.

Embora os concursos públicos exigem uma avaliação teórica dos candidatos, cada vez mais a terceirização e a simplificação dos contratos têm facilitado a admissão de profissionais sem um conhecimento adequado em políticas públicas, do funcionamento da rede e dos princípios e diretrizes que norteiam os serviços onde trabalharão. Muitos trabalhadores ingressam sem uma compreensão clara do que é um CAPS, o que compromete sua atuação no contexto da reforma psiquiátrica, já que desconhecem a complexidade e o propósito desses dispositivos.

O NOVO LOCAL DE SEGREGAÇÃO

Os CAPS são popularmente conhecidos como o local de atendimento a pessoas com transtornos mentais. Entretanto, não é seu papel centralizar o cuidado em saúde mental, mas sim atuar como um serviço especializado de apoio em momentos críticos, oferecendo acompanhamento mais intensivo quando necessário. Mesmo os usuários que estão sendo atendidos nos CAPS permanecem sob a responsabilidade da Atenção Básica (AB), que deve garantir o cuidado contínuo. Deve ser realizado um trabalho de articulação com outros serviços da RAPS, evitando a cronificação e a centralização dos atendimentos. Os CAPS devem ser compreendidos como serviços transitórios, focados em oferecer intervenções de maior complexidade, com objetivo final de descentralização dos usuários à AB para acompanhamento regular.

Em sua pesquisa, Gonzaga e Nakamura (2015) esclarecem que os trabalhadores dos CAPS costumam considerar como seus usuários aqueles cujos sintomas afetam

significativamente o cotidiano, interferindo nas relações sociais e desempenho profissional. O sofrimento psíquico com menor comprometimento, chamados de transtornos mentais comuns, permanece sob os cuidados da AB. Conforme destacado em um material do Ministério da Saúde:

Os serviços de saúde mental [...] têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica (AB) em qualquer uma de suas formas.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS mas sempre em direção à comunidade. (Brasil, 2003, p. 2)

No entanto, apesar de haver um perfil identificado dos usuários dos CAPS, as equipes frequentemente recebem encaminhamentos inadequados da AB durante o acolhimento, envolvendo casos de menor complexidade que deveriam ser tratados nessa instância. Isso acaba sobrecarregando o fluxo de atendimentos nos CAPS, que muitas vezes contam com equipes reduzidas para lidar com um número elevado de atendimentos diariamente.

Em muitos municípios, o médico psiquiatra está presente apenas nos CAPS, o que leva a Atenção Básica a considerar que os usuários que necessitam de intervenção psicofarmacológica devem ser encaminhados para essas unidades e que sua responsabilidade recai sobre os CAPS. No entanto, o Caderno de Atenção Básica nº 34 do Ministério da Saúde especifica que o tratamento em saúde mental, incluindo a prescrição de medicamentos, é uma responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Não é incomum relatos de usuários que, ao chegarem na Unidade Básica de Saúde (UBS) e mencionarem na recepção a intenção de procurar um psiquiatra ou psicólogo, ou ao relatarem sintomas depressivos, ansiosos ou fóbicos, serem encaminhados diretamente ao CAPS, sem uma triagem prévia na unidade. Quando passam pelo acolhimento no CAPS, muitas vezes fica claro que esse não é o local adequado para o tratamento. Nessas situações, o usuário é orientado a retornar à UBS, agora com uma carta de referência fornecida pelo CAPS, que explica o funcionamento do serviço, sugere o atendimento na UBS e propõe o convite para o matriciamento.

Existe uma contradição explícita entre a proposta original dos CAPS e o que muitas vezes tentam torná-los. De um lado, os CAPS foram concebidos para promover a integração dos usuários à sociedade e a outros serviços de saúde; de outro, os próprios serviços de saúde

acabam conduzindo esses usuários de volta ao CAPS. Essa realidade retoma a uma prática segregacionista e explicitam que ainda persiste no imaginário coletivo a ideia de que esses sujeitos devem pertencer a um espaço à parte, distante do convívio social.

O MANICÔMIO NA ATUALIDADE

O manicômio, enquanto instituição concreta, já não faz parte do cotidiano, tendo seus espaços desativados, transformados em museus, hospitais ou outras formas de revitalização. Em alguns casos, essas estruturas tornaram-se ruínas, sendo lentamente invadidas pela natureza, que simbolicamente decompõe esse período sombrio da história. Oliveira (2013, p. 91) descreve o que observa desses espaços:

[...] um imenso prédio abandonado, onde cresce a vegetação e se desgasta pela não utilização e depredação, porém há três anos uma unidade onde viviam fechadas aproximadamente 100 pessoas. [...] Estrutura cinzenta, com a maior parte dos vidros quebrados, despedaçados, e que no seu interior se desintegra silenciosamente, com a umidade colorindo o as celas-fortes, a ferrugem corroendo a grande quantidade de grades, a vegetação que cresce, se espalha, fazendo o cinza virar verde. Essa mudança silenciosa, do mato que toma conta entre as pedras, vai desfazendo o manicômio concreto.

Embora a reforma psiquiátrica tenha representado uma conquista importante, o fim dos manicômios como instituições de segregação não eliminou por completo as práticas de exclusão social dirigidas às pessoas que apresentam algum tipo de acometimento psíquico. Ramminger e Brito (2011) abordam essa questão de forma incisiva: “Não podemos ser ingênuos, acreditando que fechar manicômios e abrir serviços comunitários garante a ultrapassagem das velhas tecnologias do poder psiquiátrico”. Hoje, os manicômios persistem na cultura e na forma como a sociedade se relaciona com a loucura e outras manifestações do adoecimento mental. A reforma, portanto, não se encerra com a desativação concreta dessas instituições, mas precisa se expandir para sua desativação social e simbólica.

Quando o objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser a lógica manicomial, o que se produziu foi um movimento de desinstitucionalização da própria clínica. A necessidade, então, passou a ser a de criar não apenas novos lugares de acolhimento e de tratamento, mas novas lógicas: romper com a lógica dicotômica que opõe clínica/política, indivíduo/sociedade, dentro/fora, público/privado, e que refere o sujeito a um espaço abrange privado, a uma experiência privatizante. Já não se trata de exilar os loucos nos hospitais psiquiátricos, mas de incorporá-los de outra maneira à vida da cidade. Gonçalves e Barros (2013, p. 109).

Isso implica não apenas novas formas de cuidado, mas também uma reconfiguração social e cultural que permita o acolhimento e a reintegração dessas pessoas sem os rótulos e

preconceitos históricos que ainda as marginalizam. Amarante (1994, p. 61-62) elabora sobre a dicotomia da desinstitucionalização a partir da criação de novas instituições:

As dimensões de negação/superação e, posteriormente, de invenção de um outro referimento psiquiátrico podem ser consideradas como constituintes de uma ruptura que dá origem a um novo dispositivo. [...] Este novo dispositivo poderia ser provisoriamente denominado de dispositivo da desinstitucionalização, embora o termo indique em si uma contradição, pois o conceito de dispositivo implica uma reinstitucionalização, e o de desinstitucionalização, aparentemente, uma ausência de qualquer processo de institucionalização. A escolha do termo prende-se à acepção construída por Basaglia, e retomada por Rotelli, quando deixa de ser entendido como simples desospitalização, para tratar da ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica.

Rotelli (1990) destaca que, com a demolição das antigas estruturas, há mudança de enfoque, surge então a necessidade de um dispositivo inventivo capaz de superar o antigo estigma associado à doença mental. Mas a “existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social”, não encontra facilmente uma amistosidade, e a reunião desses dois corpos “é a base da instituição inventada (e nunca dada).”

Entretanto, alguns velhos dilemas dificultam essa reintegração, tanto na sociedade em geral quanto em suas relações mais próximas. A tendência de afastar-se daqueles que padecem de transtornos mentais parece ser uma maneira de desalentar para as suas próprias vulnerabilidades e riscos de rupturas do “eu”. Para Jacques (2012, p. 15) esses Outros apenas por estarem no cotidiano urbano “explicitam os conflitos e provocam dissensos”. Excluir, evitar a convivência e recusar-se a loucura do outro parece uma estratégia de defesa contra o desconforto que a proximidade com o sofrimento alheio provoca. Para Lacan (1998, p. 176) “[...] o risco da loucura se mede pela própria atração das identificações em que o homem engaja [...]” sugerindo que a loucura, mais do que algo distante, está estreitamente próxima às dinâmicas de identificação e ao risco inerente a essas aproximações. Assim, a exclusão não é apenas um ato de rejeição ao outro, mas também uma tentativa de afastar o que a loucura pode revelar sobre a fragilidade da sua própria subjetividade.

EDUCAÇÃO RUMO À POTÊNCIA DAS EQUIPES

“Se a gente relaxar um pouco, o manicômio volta”, alerta uma trabalhadora preocupada com as práticas adotadas por outros membros da rede. Embora o manicômio tenha sido formalmente superado, a persistência de uma cultura manicomial revela a necessidade de que a formação e atuação dos profissionais sejam constantemente revisitadas. Ramminger e Brito (2011), observam que por se tratar de um dispositivo de trabalho transdisciplinar, com maior autonomia, os trabalhadores dos CAPS geralmente sentem a

ausência de regras ou diretrizes concretas para a condução de seu trabalho, o que os leva a uma sensação de incerteza e à necessidade de definir suas próprias regras de funcionamento.

Ao estabelecer essas “regras internas” há uma tendência a elas priorizarem o controle e a conveniência interna das equipes. Porém o trabalho nos CAPS não foi idealizado para ser confortável para a equipe, mas sim desafiador, instigante e afetivo. Exigindo assim uma constante reflexão crítica e adaptação para atender às demandas individuais de cada usuário. A criação de regras universais vai contra o propósito desse serviço, que visa atender singularmente. Assim, é fundamental evitar a padronização de abordagens pois elas podem não responder adequadamente às necessidades de cada usuário.

A educação brasileira, particularmente neste caso os níveis superiores, sofre com uma crescente precarização. Os grandes conglomerados educacionais alimentam o mercado com trabalhadores operacionalizados, especializados e moldados conforme as demandas do modelo neoliberal. Essa lógica faz com que a educação superior seja cada vez menos vista como um espaço para a formação, mas sim como um meio para obter um emprego e como uma preparação para a competição do mercado de trabalho. O currículo das instituições, nesse contexto, passa por um afastamento das discussões políticas, filosóficas e críticas, focando predominantemente em conteúdos generalistas, rasos e principalmente técnico-práticos de maneira tendenciosamente neutra e apolítica. A prática profissional nas instituições públicas, especialmente no campo da saúde mental, frequentemente diverge dessa lógica. A abordagem crítico-criativa necessária para o trabalho na saúde mental entra em conflito com o modelo tecnicista e individualista promovido por uma lógica de mercado que prioriza a cultura profissional-especialista e limita a autonomia e a complexidade das práticas sociais e de cuidado.

Além dos atendimentos aos usuários, dentre o conjunto de processos de trabalho preconizados para o funcionamento dos CAPS existem processos intra equipe, a Educação Permanente em Saúde (EPS) dentro dos dispositivos do SUS não se limitam à capacitação técnica ou à transmissão de conhecimento acadêmico, mas se constitui como um espaço para que os profissionais repensem suas práticas e construam novas formas de cuidado. O objetivo, para além de orientar a prática, é fomentar o pensamento crítico, especialmente no que se refere à reforma psiquiátrica. As ações e atividades desenvolvidas nesses momentos são planejadas para abordar questões pertinentes às necessidades daquela equipe. Mattos et al. (2023) afirmam que as EPS reconhecem o próprio trabalho como uma fonte de conhecimento, colocando o cotidiano e a organização do serviço como premissas para a reflexão e a produção de novos saberes. Esses momentos fortalecem as equipes, potencializando o

desenvolvimento da autonomia e da capacidade de tomada de decisão em conjunto. No entanto, a alta demanda de atendimentos nos CAPS dificulta a realização dessa atividade pois a equipe não dispõe do tempo, nem da quantidade de trabalhadores necessário para se dedicar a esses momentos. Todavia, Ceccim (2005, p. 163) alerta:

[...] ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais [...] ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde.

Embora esses sejam processos institucionais e possuam um caráter sistemático, não são meros processos burocráticos, quando potentes, oferecem espaço para análise crítica, autogestão e renovação do cuidado. Percebo que, no interior das equipes, são nesses momentos que a concretude se racha, permitindo que as "linhas de fuga" comecem a emergir. É nas discussões que se firmam os compromissos com a reforma e reavaliam-se "regras" de trabalho. É também onde surgem novas propostas, que podem parecer simples ou trazer grandes mudanças, e que afetam diretamente o atendimento prestado. Para além dos reflexos nas relações de trabalho e para com os usuários, o trabalho impacta nas famílias, na comunidade e nas políticas públicas.

FRAGMENTOS DO REAL E IMPACTOS VISÍVEIS

"Bom dia, me conta, por que procurou o CAPS hoje?". Geralmente é assim que, após me apresentar, início um primeiro atendimento. Essa pergunta é ampla, pode ser interpretada de diversas maneiras, e gera uma infinidade de possibilidades. Opto por essa abordagem porque, neste momento, não me interessa qual o CID já acompanha aquela pessoa, tampouco o que já disseram sobre quem ela é. Nesse momento ela é protagonista da sua história: por que você procurou o CAPS? Evito direcionar o diálogo, busco compreender, junto ao usuário, o que ele percebe como os motivos que o levaram a buscar este serviço. Após isso, construímos em conjunto um PTS. Questiono sobre seus interesses, "O que você gosta de fazer?", "Aqui temos um grupo que funciona dessa maneira, te interessa participar?", "Esse PTS faz sentido pra você?", elas ajudam a identificar caminhos e possibilidades de autonomia para o usuário.

Percebo que muitos usuários chegam ao CAPS esperando uma consulta com o psiquiatra e, ao serem informados do contrário, demonstram muita resistência. Exigem uma data imediata para essa consulta, uma urgência que, em parte, revela a dificuldade de associar a saúde mental a outras formas de cuidado, se não a intervenção médica. Não os culpo; a

figura do psiquiatra costuma ser vista como o detentora do saber/poder sobre suas vidas, um reflexo de uma cultura que centraliza o saber médico. Porém, desconstruir a ideia de que apenas a consulta psiquiátrica trará melhora exige paciência, tempo, e uma disposição genuína para o cuidado.

Entre os usuários, é frequente o sentimento de inadequação, inutilidade e apatia em relação à vida, revelando-se, por vezes, uma “quase morte” marcada pela ausência de perspectivas. Han (2020, p. 16) também descreve: “Quem fracassa na sociedade neoliberal de desempenho, em vez de questionar a sociedade ou o sistema, considera a si mesmo como responsável e se envergonha por isso.” Esse estado gera uma carga dupla de sofrimento: o adoecimento psíquico, por um lado, e a pressão de corresponder a padrões sociais de sucesso e eficiência que o sofrimento primário dificulta ou torna impossíveis de alcançar.

Entretanto o sofrimento não se restringe apenas aos usuários, se estende aos trabalhadores, cuidadores, familiares e amigos, muitas vezes proporcionalmente. Também acolhemos relatos que expressam a sobrecarga emocional e física enfrentada por eles, que muitas vezes se sentem impotentes diante da manifestação do adoecimento do usuário e da falta de uma rede de apoio estruturada. “Ela não se ajuda, não levanta da cama nunca”, “Ele é vagabundo, faz isso por que não quer trabalhar”, “Ela é jovem, bonita, e quer se matar?”, ecos daqueles que cuidam e se relacionam intimamente com os usuários, evidenciam a internalização do discurso dominante, que culpabiliza o indivíduo por sua condição psíquica. Seja entre os usuários dos serviços de saúde ou seus familiares, é perceptível como essa lógica reforça e perpetua o sofrimento.

Nos atendimentos, tanto com os usuários quanto com suas famílias, percebo claramente o impacto do sofrimento vinculado ao modelo neoliberal. Não apenas nas causas das psicopatologias, mas também na forma como os sujeitos se relacionam com elas. Nessas relações, o sofrimento é um fardo solitário. Na luta pela sobrevivência, se esquece da dimensão coletiva que caracteriza o ser humano. O trabalho no CAPS busca, justamente, a reconfiguração desses laços. Marx e Engels (1998, p. 92) categorizam que “É somente na comunidade que a liberdade pessoal é possível.”. O trabalho de um CAPS se dá nesse sentido, na promoção e na construção de uma rede de apoio que dignifique, potencialize e dê sentido à vida. A restauração de uma rede social demonstra efeitos visíveis: dignidade, propósito e possibilidades para os envolvidos.

RETORNO AO PRINCÍPIO

No início deste trabalho propus uma análise sobre como os CAPS se organizam para responder às demandas contemporâneas de saúde mental em um contexto de austeridade e subjetivação neoliberal. Apesar do investimento sistemático para categorizar o sofrimento como uma responsabilidade individual, as diretrizes do SUS mantêm o reconhecimento de que esse sofrimento é, antes de tudo, uma questão de saúde pública. De acordo com Barros e Bernardo (2017), embora o modelo neoliberal expanda cada vez mais sua influência e dominância sobre diferentes setores, incluindo a saúde, a implementação do SUS segue em uma direção oposta, resistindo à lógica colonizadora do capital. As políticas decorrentes da reforma psiquiátrica, objetivam o direito ao acesso à saúde pública que atendam às necessidades específicas dos usuários.

Os CAPS, enquanto dispositivos de cuidado clínico-políticos, centrais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfrentam constantes adversidades. Desde sua implementação até o presente, a proposta original desses serviços são desafiadas, principalmente devido à falta de interesse político em construir uma rede de cuidado coletivo, especialmente para sujeitos em sofrimento psíquico, bem como na promoção de uma real inserção social. No cotidiano do trabalho, os impactos do neoliberalismo são visíveis nos relatos dos usuários e familiares, que frequentemente expressam sentimentos de inadequação, fracasso e isolamento. Estes sentimentos são reflexos de uma sociedade que promove a autossuficiência e a produtividade acima de tudo, ignorando o papel vital das redes de apoio e do cuidado compartilhado. Contudo, os CAPS propõem um modelo de atenção que resgata o valor da coletividade e busca romper com a visão individual do sofrimento, apostando em estratégias que promovem a reintegração social e a autonomia.

Manter o compromisso crítico dentro dos CAPS é trabalhar refletindo constantemente. Promover o desenvolvimento contínuo das equipes, é um desafio que se confronta diretamente com as demandas e pressões do modelo neoliberal. Esse modelo não somente gera o sofrimento, mas também cria uma alta demanda nos serviços de saúde mental, limitando o tempo para reflexões profundas sobre os processos de trabalho. A sobrecarga das equipes muitas vezes leva à automatização das práticas, o que pode transformar o cuidado em uma abordagem técnica, apolítica e desconectada da complexidade dos indivíduos e suas realidades. Portanto, manter a prática nos CAPS como um espaço de resistência crítica requer um esforço constante para questionar e reinventar as práticas, valorizando o processo coletivo e a autonomia dos trabalhadores e usuários.

Os CAPS seguem representando uma resposta à subjetivação neoliberal, ao reafirmar o valor da saúde mental como uma responsabilidade social e das comunidades. Saúde mental significa, ao menos tentar, resistir ativamente e criativamente ao modelo imposto. A atuação nos CAPS continua sendo uma construção coletiva e crítica, um espaço onde o enfrentamento deve se dar a partir de uma perspectiva de transformação social, resgatando o sentido de pertencimento e de solidariedade que o neoliberalismo tende a apagar. Fortalecer o SUS é se comprometer com o cuidado integral e a dignidade humana.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 1, n. 1, p. 61–77, 1994. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R9QryCkZWQcXCkKcXtsDWdJ/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 18 out. 2024.
- BARONI, Daiana Paula Milani ; ANDRADE, Mário César Rezende. Um olhar amplo sobre a saúde mental pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n2/e00354920/>>. Acesso em: 17 out. 2024.
- BARROS, Ana Carolina Florence de ; BERNARDO, Marcia Hespanhol. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 16, n. 1, p. 60–74, 2017. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442017000100005>. Acesso em: 17 out. 2024.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 34. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 29 set. 2024.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica . Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários*, v. 1/3, n. 1, p. 7, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2024.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Saúde mental no SUS : os centros de atenção psicossocial*. 1. ed. Brasília: Ministério Da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdthC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 out. 2024.
- COSTA-ROSA, Abílio da . *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora UNESP, 2013. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/2ndtk/pdf/costa-9786557144817.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2024.
- DARDOT, Pierre ; LAVAL, Christian. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017. Disponível em: <<https://www.afoiceomartelo.com.br/posfsa/autores/Dardot,%20Pierre/A%20nova%20razao%20do%20mundo%20-%20Dardot,%20Pierre.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2024.

DELEUZE, Gilles ; GUATTARI, Félix. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia 1. Trad. Luiz Orlandi. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

FILHO, Kleber Prado ; TETI, Marcela Montalvão . A CARTOGRAFIA COMO MÉTODO PARA AS

FONSECA, Tania Mara Galli ; DO NASCIMENTO, Maria Livia ; MARASCHIN, Cleci . Pesquisar na diferença: um Abecedário. 1. ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015.

GONÇALVES, Laura Lamas Martins ; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 108–116, 2013. Disponível em:

<[GONZAGA, Neuza ; NAKAMURA, Eunice. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 232–243, 2015. Disponível em:](https://www.scielo.br/j/psoc/a/dJ8xhtQgV6NcV8xhK4dvpQC/#:~:text=A%20opera%C3%A7%C3%A3o%20de%20publiciza%C3%A7%C3%A3o%20da,resist%C3%Aancia%20%C3%A0s%20formas%20de%20assujeitam ento.> . Acesso em: 20 set. 2024.</p></div><div data-bbox=)

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/W6RShqGJ7Gzfn4ThjnxGyyK/?lang=pt>>. Acesso em: 12 ago. 2024.

HAN, Byung-Chul. Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder. 1. ed. Belo Horizonte : Editora Âyiné, 2020.

JACQUES, Paola Berenstein . Elogio aos errantes. Salvador: Edufba, 2012. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7894/3/Elogio_aos_Errantes_RI.pdf>. Acesso em: 29 set. 2024.

LACAN, Jacques. Escritos. 1. ed. Rio De Janeiro: Zahar, 1998. Disponível em:

<https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Livros_Escritos_Jacques_Lacan.pdf>. Acesso em: 20 set. 2024.

LAVRADOR, Maria Cristina Campelo ; RIBEIRO, Wallace de Lima . As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 90–98, 2015. Disponível em:

<<https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/434/534>>. Acesso em: 1 out. 2024.

MARX, Karl ; ENGELS, Friedrich . **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MATTOS , Mússio Pirajá ; FERREIRA, Lorena ; GOMES, Daiene Rosa ; et al. Validação do modelo lógico da Política de Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 8, p. 2385–2402, 2023. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2023.v28n8/2385-2402/>>. Acesso em: 20 out. 2024.

MEDEIROS, João Victor Moura Cavalcante ; PINHO, Eduardo Fagner Machado de ; SOUSA, Jordana Carmo de . O discurso neoliberal como formador de laço social e o impacto na Saúde Mental. *JNT - Facit Business and Technology Journal*, v. 1, n. 41, p. 302–322, 2023. Disponível em:

<<https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2075/1387>>. Acesso em: 22 out. 2024.

MONTEIRO, Cynthia dos Santos ; LIRA, Patricia. Desafios para pensar a inovação em tempos de crise: uma cartografia no CAPS. *Diaphora*, v. 10, n. 1, p. 69–75, 2021. Disponível em:

<<https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/249/241>>. Acesso em: 16 set. 2024.

OLIVEIRA, Cleyton da Silva. Neoliberalismo, sofrimento e indiferença. *Revista Katálysis*, v. 25, n. 2, p. 365–373, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/8KY5H7rgCP9nPzZjbWRsB8q/?lang=pt>>. Acesso em: 7 set. 2024.

OLIVEIRA, Rafael Wolski de. Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. spe2, p. 90–94, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/VdjzPBfJMkTWMLhfSQJXyMP/>>. Acesso em: 29 set. 2024.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. 5, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001300501&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 15 out. 2024.

PLANTIER, Ana Paula Barreto . Dos muros dos manicômios para os muros (in) visíveis da cidade: sobre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Dissertação de Mestrado, USP, 2015. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09042015-095634/pt-br.php>>. Acesso em: 29 set. 2024.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 38, p. 45-49, jun. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 nov. 2024.

RAMMINGER, Tatiana ; BRITO, Jussara Cruz de. “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. spe, p. 150–160, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/YHk38mTzb83XhgvZmGWRqht/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 out. 2024.

ROTELLI, Franco. *Desinstitucionalização: uma outra via*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JUNIOR, Nelson ; DUNKER, Christian. *Neoliberalismo Como Gestão do Sofrimento Psíquico*. 1. ed. Belo Horizonte: AUTÊNTICA EDITORA, 2021.