

## Vamos Conversar? Autonomia dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Let's Talk? Autonomy of users in the Psychosocial Care Center (CAPS)

¿Vamos A Hablar? Autonomía de los usuarios en el Centro de Atención Psicossocial (CAPS)

Recebido: 11/04/2026 | Aceito: 18/04/2026 | Publicado: 19/04/2026

**Audra Liz Magalhães Abad**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2461-929X>

Prefeitura Municipal de Santos, Brasil

E-mail: [audralizabad@gmail.com](mailto:audralizabad@gmail.com)

**Fernando Sfair Kinker**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3733-9126>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: [fernando.kinker@unifesp.br](mailto:fernando.kinker@unifesp.br)

### Resumo

O objetivo deste artigo é investigar e analisar quais as percepções do usuário do Centro de Atenção Psicossocial acerca das condições de autonomia e de como se dá seu protagonismo no serviço de saúde mental e no território, bem como sua participação nos cuidados em saúde. Buscou-se analisar quais as percepções dos usuários acerca de como se dá seu protagonismo e autonomia nos espaços em que estão inseridos. Realizou-se uma pesquisa social de abordagem qualitativa, tendo o grupo focal e o diário de campo como instrumentos principais de produção de dados, analisados por meio da análise de conteúdo. Ficou evidente que os usuários de serviços voltados para a saúde mental estão expostos a diversos tipos de violência. Muitos vivem em regiões de maior vulnerabilidade e risco social, onde habitam locais insalubres e quartos coletivos, como os cortiços. Foram colocados em discussão os desafios existentes para fomentar a participação dos usuários na comunidade, espaços e serviços em que estão inseridos, despertando processos emancipatórios.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Autonomia; Empoderamento; Autocuidado; Reforma psiquiátrica.

### Abstract

The aim of this article is to investigate and analyze CAPS users' perceptions regarding the conditions of autonomy and how their protagonism takes place within the mental health service and in the community, as well as their participation in health care. We sought to analyze the perceptions of users about how their protagonism and autonomy take place in the spaces in which they are inserted. A qualitative social research study was conducted, having the focus group and the field diary as the main instruments of data production, analyzed through content analysis. It was evident that Mental Health users are exposed to different types of violence. Many live in regions of greater vulnerability and social risk, where they live in unhealthy places and collective rooms, such as tenements. The existing challenges to encourage user participation in the community, spaces and services in which they are inserted were discussed, awakening emancipatory processes.

**Keywords:** Mental health; Autonomy; Empowerment; Self-care; Psychiatric reform.

### Resumen

El objetivo de este artículo es investigar y analizar cuáles son las percepciones de los usuarios del CAPS acerca de las condiciones de autonomía y de cómo se da su protagonismo en el servicio de salud mental y en el territorio, así como su participación en los cuidados de salud. Buscamos analizar las percepciones de los usuarios acerca de cómo se produce su protagonismo y autonomía en los espacios en los que se insertan. Se realizó una investigación social de enfoque cualitativo, teniendo como principales instrumentos de producción de datos el grupo focal y el diario de campo, analizados a través del análisis de contenido. Se evidenció que los usuarios de Salud Mental están expuestos a diferentes tipos de violencia. Muchos viven en regiones de mayor vulnerabilidad y riesgo social, donde habitan en lugares insalubres y habitaciones colectivas, como conventillos. Se discutieron los desafíos existentes para incentivar la participación de los usuarios en la comunidad, espacios y servicios en que están insertos, despertando procesos emancipadores.

**Palabras clave:** Salud mental; Autonomía; Empoderamiento; Autocuidado; Reforma psiquiátrica.

## 1. Introdução

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil inspirou-se nas experiências de desconstrução do paradigma psiquiátrico ocorridas na Europa, mais especificamente na Itália, onde foi produzido um novo olhar para a questão do sofrimento psíquico e questionado o papel de controle da psiquiatria (Amarante, 2007).

No Brasil, uma experiência realizada em Santos–SP, nos anos 1990, foi a pioneira no país a lutar contra o sistema manicomial e o paradigma psiquiátrico vigente, intervindo na Casa de Saúde Anchieta, uma clínica privada que funcionou por cerca de 40 anos. Segundo Roberto Tykanori Kinoshita, interventor do hospital Anchieta:

A maior ousadia santista foi encarar os doentes mentais como cidadãos dotados de direitos, provocando entre os internos e os funcionários do local a reflexão quanto ao controle absoluto que se exercia sobre os internos (Kinoshita, 2010).

Com a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, foram criados os cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), atendendo aos usuários com sofrimento psíquico em suas regiões de origem, possibilitando sua reinserção no seio familiar e da sociedade como pessoas portadoras de direitos, e tornando seu território de existência o lugar privilegiado do cuidado (Nicácio, 1994; 2001). Com isso, foi possível a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação às pessoas com sofrimento psíquico (Capistrano Filho, 1991), trazendo a ideia de que era possível um novo modelo substitutivo ao modelo asilar vigente no país.

No município de Santos, além das cinco unidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto modalidade III que funcionam em regime ambulatorial, com acolhimento diurno e noturno, entre outras propostas de ações comunitárias, também há outros serviços da rede de saúde mental destinados ao público infanto-juvenil e a pessoas em situação de vulnerabilidade devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Os cinco NAPS da região de Santos foram uns dos primeiros a serem criados no Brasil com a intenção de serem substitutivos aos manicômios, e trazem a “internação” – ou o acolhimento integral – como um dos recursos de tratamento, e não o tratamento em si (Kinoshita, 1996).

O CAPS em que foi realizado este estudo é responsável pela região do Centro Histórico de Santos em sua totalidade. O serviço é composto por uma equipe interdisciplinar de trinta e cinco pessoas, entre profissionais de nível superior e médio. A maioria dos usuários desse CAPS reside na região central e adjacências, onde se tem um alto índice de vulnerabilidade social e econômica: moradias precárias, exploração infantil, tráfico de drogas, trabalhadores do sexo e pessoas em situação de rua.

Há muitos usuários no serviço que são egressos da antiga Casa de Saúde Anchieta e que, devido à sua idade e ao histórico de exclusão, desenvolvem vínculos frágeis com a família ou a rede de apoio, sendo esses vínculos, muitas vezes, inexistentes. Vários desses usuários possuem alguma renda a partir do recebimento de bolsa auxílio do Programa de Volta para Casa (PVC), que contempla aqueles que passaram por internações em hospitais psiquiátricos por um período maior do que dois anos. Atualmente, a maioria deles frequenta o CAPS em regime de Hospitalidade Dia (HD), e ali recebem cuidados diariamente, acolhimento integral, quando necessário (cuidados durante 24 horas), e são atendidos individualmente, assim como participam de grupos ou oficinas e atividades comunitárias.

Os profissionais da área da saúde mental procuram apoiar os usuários na produção de sua própria autonomia e protagonismo, para que possam participar ativamente das políticas existentes, buscando a mudança do lugar de desvalia que ocupam na sociedade e estimulando-os a reivindicar seu lugar na sociedade. Podemos entender esse processo como produção de poder contratual, que seria um valor pré-atribuído aos participantes de uma relação. Como reforça Kinoshita (1996):

No caso dos pacientes psiquiátricos, este poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no status de doente mental. Suas mensagens são “obviamente” ininteligíveis; seus afetos, “necessariamente” desmedidos; seus bens, implicitamente sem valor . . . . Diante desse quadro a função dos profissionais é precisamente a de emprestar poder contratual aos pacientes, até que estes recuperem algum grau de autonomia (p. 46).

A questão da autonomia das pessoas com sofrimento psíquico é um tema que tem sido discutido com frequência, especialmente quando se trata das pessoas que viveram processos longos de institucionalização, e que hoje residem em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Em diversos textos, tem sido problematizado questões da autonomia relativas a esse contexto específico, tais como as questões do habitar, da apropriação simbólica e material das residências, a questão das trocas sociais e da circulação na cidade, e mesmo a questão da posse e utilização de recursos financeiros, com ou sem apoio de terceiros (Silva et al., 2022). Há também discussões que se debruçam sobre a qualidade das atividades de vida diária dos moradores de SRT (Vieira & Lussi, 2022). Prevalece, contudo, certa polissemia sobre o conceito de autonomia, com diferentes arcabouços teóricos (Martins, Assis & Bolsoni, 2022).

No caso deste artigo, entendemos a autonomia, conforme aponta Kinoshita (1996), como algo que se difere da noção de independência. Como propõe o autor, todos somos dependentes, de mais ou de menos coisas. A questão da autonomia está em ampliar a rede de dependências, para que possamos dar sentido à vida, produzindo nossas próprias normas.

Salientamos que o processo de empoderamento não está separado das relações estabelecidas entre os vários atores sociais, e que as forças e tensões existentes nessas relações personificam-se em efeitos que aumentam, diminuem ou constroem o exercício do poder e a autonomia dos usuários.

Segundo Vasconcelos (2008), o empoderamento é:

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação, e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidados em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura relativa à doença e saúde mental, e de militância social e política mais ampla na sociedade e no Estado (p. 60).

Dessa forma, os usuários podem se transformar em sujeitos de direitos, capazes de julgar o que é melhor para si e para seu cuidado, sendo protagonistas de sua própria história. Sendo assim, o objetivo deste artigo é investigar e analisar quais as percepções do usuário do CAPS acerca das condições de autonomia e de como se dá seu protagonismo no serviço de saúde mental e no território, bem como sua participação nos cuidados em saúde.

No decorrer da investigação, pretendeu-se identificar os usuários que necessitam de ações de fortalecimento com relação à sua autonomia e ao seu protagonismo. Buscou-se, também, reconhecer as diferentes situações em que os usuários podem ser protagonistas de sua própria história, sendo ativos em seus cuidados e participando efetivamente dos espaços em que estão inseridos.

## 2. Metodologia

A presente investigação é mista, sendo em parte do tipo pesquisa social realizada com usuários do CAPS por meio de entrevistas, parte pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa (Risemberg et al., 2026; Pereira et al., 2018) e, com os enunciados dos usuários estudados com apoio da análise do discurso (Pêcheux, 2011) e elementos da análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Tratando-se de uma pesquisa-intervenção, enquanto a relação pesquisador/objeto pesquisado deu-se de forma dinâmica e dialógica, transformando a própria realidade a ser pesquisada (Aguiar & Rocha, 1997), a técnica de investigação foi a dos grupos focais, tendo em vista que estes permitem captar as opiniões, os sentimentos e as reações a respeito de um

determinado tema sob a ótica de um grupo social determinado (Gatti, 2005).

Após ser aprovado pelo Comitê de Ética, acessado via Plataforma Brasil, sob o número CAAE 12647419.1.0000.5505, em 24 de junho de 2019, foi composto o conjunto de participantes da pesquisa, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; frequentar a unidade em regime de hospitalidade diurna, em período igual ou superior a três dias por semana; estar disposto a compartilhar sua experiência participando de um grupo focal. Como critérios de exclusão, definiram-se: a recusa em participar da pesquisa por qualquer motivo; e estar vivendo uma situação de crise que pudesse dificultar o envolvimento e participação na pesquisa. Foram realizados três grupos focais, entre os meses de julho e agosto de 2019, com intervalo de sete dias cada e com duração aproximada de 1h20.

Os grupos focais tiveram a participação média de 12 usuários, que podem ser assim caracterizados: faixa etária entre 39 e 66 anos; sete se identificaram como do gênero feminino, e cinco, do gênero masculino; três se declararam brancos; quatro, pardos; e cinco, pretos; nível de formação escolar variando do Ensino Fundamental I incompleto ao Ensino Médio completo; o território de moradia é a área central de Santos-SP (bairros: Centro, Macuco, Saboó, Vila Mathias e Vila Nova).

Cada grupo teve sua própria temática, com o intuito de trazer à tona o cotidiano dos usuários, tanto nos espaços sociais em que circulam como no CAPS. Como forma de aquecimento para as discussões, foi proposto, a cada início de encontro, que os participantes utilizassem colagens com material gráfico, pinturas, desenhos e pequenos textos escritos, expressando graficamente o que pensavam sobre os temas propostos. Posteriormente, foi utilizado um roteiro com questões abertas a serem discutidas coletivamente. As temáticas dos grupos focais foram as seguintes: Autonomia no Cotidiano; Autonomia e Meus Cuidados em Saúde; Autonomia e Meu Futuro.

No primeiro encontro, foi solicitado que os participantes comentassem sobre sua rotina fora do CAPS, enunciando as atividades de lazer, de trabalho, entre outras praticadas, apontando também as pessoas com quem mais conviviam fora do CAPS. Ainda foi questionado se encontravam outros colegas usuários fora do CAPS, e como percebiam suas relações com pessoas que não estavam vinculadas ao CAPS. Ou seja, nesse primeiro encontro, priorizou-se discutir o cotidiano fora do CAPS.

No segundo encontro, propôs-se discutir como os participantes lidavam com os seus cuidados em saúde, de que forma conseguiam conversar com seus médicos e profissionais de referência sobre seus planos para a vida, e se teriam sugestões sobre a forma de funcionamento do CAPS. Ou seja, nesse segundo encontro, priorizou-se problematizar a inserção e a participação dos próprios usuários no âmbito do CAPS, e como se dava a relação com a equipe de profissionais, que naquele momento contava com 38 pessoas: 14 técnicos de enfermagem, 2 acompanhantes terapêuticos, 3 administrativos, 3 assistentes sociais, 2 enfermeiros, 3 farmacêuticos, 4 médicos, 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 2 auxiliares de limpeza e 1 copeiro.

O terceiro encontro foi dedicado à discussão dos desejos e planos de cada um, considerando como os participantes analisavam a possibilidade de alcançar seus objetivos de vida e quais eram as dificuldades para alcançá-los.

Todo o material produzido durante os grupos focais foi gravado e transcrito. Inspirando-se na análise do discurso e utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), seguiram-se os seguintes passos propostos pela autora: 1) Pré-análise: processo de organização do material, que se dá pela leitura reiterada do corpo do texto; 2) Exploração do material: fase que tem por finalidade a categorização ou codificação do material, priorizando as questões recorrentes ou de grande valor explicativo. Nesta fase, são identificados e separados os núcleos de sentido, com trechos das falas dos participantes, bem como se dá a produção de categorias temáticas que agrupam esses núcleos de sentido; 3) Tratamento dos resultados: fase em que se produz as inferências e a interpretação. Vale ressaltar que também foi utilizado um diário de campo de pesquisa, que serviu como instrumento de apoio para articular as reflexões e a literatura científica.

Durante a análise e a apresentação dos resultados, para fins de preservação da identidade dos participantes e dos profissionais citados, colocamos a inicial P seguida de um número para visualizar o participante da pesquisa. A inicial T, por

sua vez, foi usada para representar o técnico que trabalha na unidade e que foi lembrado por alguns dos participantes. Os nomes de pessoas que também apareceram ao longo dos grupos foram abreviados pela inicial do nome.

### 3. Resultados e Discussão

Nesta parte do artigo, traremos falas dos participantes da pesquisa, que serão analisadas e articuladas à literatura científica, seguindo a análise de conteúdo temática realizada durante o percurso da investigação. Para tanto, organizamos esta seção utilizando subtítulos, como segue abaixo.

#### 3.1 A Autonomia e o Cuidado: Entre a Independência e a Rede de Dependências

Com o início dos grupos focais, muito se falou sobre autonomia e o que os participantes entendiam sobre o tema. Chama a atenção a fala da participante P7, que achava que, para viver bem, tinha que evitar os conflitos com seu irmão. Ele deixou claro que, se ela adoecesse, ele a colocaria em uma instituição de longa permanência. Pensando em evitar esse futuro, a participante entendia que a justiça deveria ter nomeado outro cuidador, uma vez que sua genitora já era falecida e não poderia defendê-la. Nesse sentido, comenta:

*Autonomia é o direito de ir e vir sozinha, sem interferência de terceiros... Eu fui na Defensoria e, depois que eu vim para cá e conheci a (T2), eu queria porque eu queria ter um cuidador para cuidar de mim. Agora eu luto para não ter esse cuidador, porque eu sou independente e, enquanto eu puder me manter sozinha, eu quero me manter sozinha, porém, com a ajuda de vocês (P7).*

Conforme foram avançando os atendimentos entre P7 e sua técnica de referência, T2, a usuária foi se dando conta de que não era preciso ter alguém nomeado como cuidador para que pudesse viver sua vida e sentir-se segura com relação a um possível conflito com seu irmão; constatou que teria o apoio do CAPS e da rede de apoio que foi criando ao longo da vida.

Aqui podemos perceber que a concepção da participante é a de que estamos interligados uns aos outros e que avançamos ou não em nossa autonomia conforme esses elos se estreitam e expandem para novos elementos atuantes nessa rede de cuidados mútuos, vindo ao encontro do conceito de autonomia que nos traz Kinoshita (1996).

Na opinião de outros, a autonomia também está relacionada a ter um trabalho remunerado, além de moradia. E isso é dito com orgulho em vários momentos do grupo focal: o quanto são ou eram capazes de gerir sua própria vida por meio do sustento advindo de seu trabalho e realizando atividades diárias, como cozinhar ou limpar a casa. Como cita o participante 6:

*“Quando eu... antes de conhecer o Anchieta, eu trabalhava e morava sozinho, não tinha ninguém, ninguém... eu morava só. Eu mesmo fazia minha comida, eu mesmo trabalhava para receber meu salário e eu mesmo comprava minhas coisas”.*

Neste caso, o participante P6 guarda com saudosismo os momentos anteriores ao seu percurso nos serviços de saúde mental, quando sentia que podia exercer um grau de autonomia maior do que atualmente. De certa forma, a experiência de institucionalização no hospital psiquiátrico, e sua característica de despersonalização e incapacitação, trouxe marcas de exclusão que reverberam no cotidiano. Contudo, muito embora não trabalhe atualmente, o entrevistado conquistou outras formas de exercer sua autonomia com o apoio do CAPS, uma vez que mora sozinho e cuida dos afazeres do dia a dia.

A autonomia também é citada pelos usuários com relação ao seu autocuidado:

*Esse desenho aqui representa eu tomando a medicação, porque, antigamente, eu não dava muito valor, assim... quando eu me sentia bem, eu dizia assim "Ah, então não vou tomar o remédio". E é fácil, é sempre na hora de dormir, à noite e de manhã, não tem como errar agora (P8).*

O participante em pauta é um homem de 39 anos que historicamente via pouco sentido em seu processo de cuidado. Reclamava que as medicações o deixavam sonolento e prejudicavam sua libido. Após um período em acolhimento integral no CAPS, com atendimento diário de sua referência técnica, com o apoio ofertado à família e com a iniciativa de sua referência médica de valorizar suas queixas, alterando suas medicações, ele superou a crise e pôde ter maior consciência de si. Foi aos poucos assumindo seus cuidados em saúde, ao mesmo tempo que os vínculos com a unidade foram sendo construídos, uma vez que era novo no espaço. Além do P8, durante os grupos, outros participantes também relacionaram a autonomia com a garantia de direitos, inclusive no âmbito do CAPS.

As reivindicações que os usuários apresentam à equipe, muitas vezes, fazem com que esta questione o seu papel no processo de apoio ao usuário. Por vezes, a própria equipe se questiona sobre o cuidado ofertado, para que este não seja confundido com tutela. Até que ponto deve-se interferir na vida pessoal do usuário? O que seria melhor: orientar um usuário em uso abusivo de substâncias sobre benefícios assistenciais na tentativa de impulsioná-lo à sua autonomia, ou deixá-lo na escuridão da ignorância de seus direitos com a aposta de que teria sua vida preservada por ter menor poder aquisitivo para a compra dessas substâncias e, conseqüentemente, menor exposição a sequelas mais graves e até fatais devido ao uso? Outra dúvida que sempre surge entre os integrantes da equipe é: participar das atividades realizadas no CAPS é ou não uma condicionante para que o usuário possa estar em hospitalidade diurna? Quais são as formas de cuidar? Existem regras para o ato de cuidar? Essas regras são inalteráveis?

São decisões difíceis a serem tomadas, pois não há uma receita pronta de como conduzir cada situação. O que deu certo para um não pode ser tomado como verdade para outro, mas é certo que o CAPS é um lugar de produção de sociabilidades, e que os usuários devem usá-lo conforme suas necessidades. Além disso, problematizamos se o apoio ao processo de existência do usuário, com a ampliação de sua rede de relações, o aumento de poder contratual e o enriquecimento existencial, pode ser considerado uma tutela emancipadora, a contrastar com uma suposta tutela anuladora. Ou seja, consideramos que o processo de cuidar envolve colocar à disposição um conjunto de estratégias e formas de apoio, que vão se reconfigurando conforme o processo de vida do usuário vai se enriquecendo e exigindo novos suportes, para produzir sempre mais autonomia.

A questão do cuidado é muito delicada e existem pontos de vista diferentes, variando entre o olhar de quem cuida, que seria o profissional, e o de quem é cuidado, que seria o paciente ou o usuário do serviço de saúde (Casetto et al., 2019). Dessa forma, encontrar pontos de conexão, compartilhando um processo de construção comum, torna-se também um importante desafio das equipes de saúde, que têm que exercitar uma sensibilidade apurada e formas diversas de comunicação, mantendo sempre um olhar crítico sobre a própria prática.

Reforçando a discussão sobre o que os usuários esperam do cuidado, vale mencionar um fato ocorrido em 2019, que chamou a atenção para a questão do poder de contratualidade da usuária N. A usuária obstinou-se com a foto de seu RG, dizendo que estava feia e que tinha que ser trocada de qualquer jeito. Pedia insistentemente para que algum profissional do CAPS a acompanhasse até o Poupatempo (serviço que provê os documentos de identidade) para que pudesse trocar por um novo documento. Como desgostar de suas fotos é uma de suas características mais marcantes, e seu RG estava legível e no prazo de validade, não foi dada por parte dos técnicos a devida urgência para acompanhar a usuária nessa demanda. Aqui, cabe ressaltar que o exíguo quadro de funcionários e o difícil acesso aos recursos de locomoção, como carro da prefeitura ou vale transporte, dificultam a realização de ações externas, como esta que estamos exemplificando.

Ao constatar que não encontraria nenhum profissional para acompanhá-la, N. combinou com sua amiga do CAPS, e foram juntas aos serviços que providenciam a execução de RG e CPF, agendando o atendimento. No dia marcado, a amiga não pôde ir, e, já sabendo o caminho, N. não teve dúvidas e foi sozinha. Ao receber o novo documento, N., mais uma vez, não gostou da foto do RG novo e insistiu para a atendente realizar um novo processo de 2ª via do documento. Após mais alguns dias de espera, enfim, a usuária conseguiu ter em mãos seu novo documento com uma foto que achava adequada. N. só contou à equipe sua empreitada após ter passado por todo esse processo, e, posteriormente, mostrava seu documento novo, demonstrando-se feliz e sorridente.

A situação relatada nos mostra que N. consegue se sustentar e autogerir sua autonomia com a rede de apoio que a cerca, incluindo o CAPS e os grupos de pessoas, exercendo seu poder contratual nos locais e serviços que acessa. É como se o poder contratual da equipe do CAPS e de seus amigos fosse emprestado para que N. pudesse exercer seu próprio poder. Ou seja, novamente, evidencia-se que as redes de apoio podem fortalecer o exercício da autonomia.

Durante os grupos focais, muito foi falado sobre a rede de apoio, aqueles atores no entorno dos usuários, com quem eles podem contar em momentos de urgência, como amigos, vizinhos e serviços em geral, sendo estes equipamentos públicos, comércios, templos religiosos.

*Eu moro numa casa comunitária, alugo um quarto. Então a dona mora lá também, assim como os filhos dela; ela tem um filho deficiente que eu gosto muito dele. Ele está sempre sorrindo, tem mentalidade de criança e tem 19 anos. E os outros dois menores, às vezes, brigo com um e com outro, depois fica tudo bem. Então, para mim, eles são a minha família. E tem a filha dela também, que é moça, tem 25 anos e... também convivo com ela, com o filhinho dela que mora lá. Então eu praticamente adotei a família deles como a minha família (P1).*

Esse exemplo em especial merece um comentário, pois, infelizmente, essa senhora à qual P1 faz referência faleceu durante a pandemia de covid-19, e a participante e seu companheiro, P6, sofreram muito com a morte dela. Foi a eles que os filhos dessa mulher solicitaram ajuda para socorrer a mãe que estava passando mal em casa. Eles presenciaram os primeiros socorros prestados à senhora, e a demora de mais de 12 horas para a retirada do corpo do quarto ao lado do deles. Se preocuparam com o destino dos irmãos sem a genitora e o deles próprios, já que a falecida era a dona da casa em que moravam. Após viverem essa experiência, o casal foi acolhido e avaliado pela equipe, não havendo necessidade de acolhimento integral, embora isso tenha sido aventado por parte da equipe. Os irmãos órfãos ficaram sob os cuidados da irmã mais velha, que também passou a gerenciar os quartos disponíveis na casa, e o casal pôde continuar morando no mesmo local.

Outro elemento importante na questão da autonomia é a religiosidade. Nos relatos abaixo, é possível constatar como a religiosidade ocupa um lugar de importância para alguns participantes da pesquisa, pois, conforme cita Machado (2001), a religiosidade oferece uma forma de inclusão na sociedade e representa um alento nos momentos de conflitos internos e familiares. Para além do CAPS, os usuários consideram os templos religiosos como um ponto de apoio fundamental; eles costumam utilizar esses espaços como rede de apoio, como lugares que lhes dão força para conquistarem seus objetivos:

*Eu escolhi a Igreja porque a Igreja é o centro de... como se diz? A gente entra ou não. Quando precisa, a Igreja está ali. Então a gente entra lá e sabe um monte de coisa, mas se você não quiser entrar, não é necessário, porque a gente é dona do próprio nariz, né? Mas eu gosto de ir à Igreja (P10).*

Esse lugar que a religião ocupa é algo a ser problematizado atualmente, visto que, muitas vezes, os templos tornam-se não apenas locais de acolhimento, mas também promotores de mensagens e valores morais que incidem sobre a forma dos fiéis lidarem com a vida. Quando a religião se soma ao serviço e à rede de cuidados, bons resultados são esperados, mas também há situações em que tensões e discordâncias são percebidas, inclusive sobre as formas consideradas adequadas de cuidar da saúde.

A nosso ver, cabe também ao serviço de saúde estabelecer diálogos com todas as instituições de seu território que ocupam um lugar de importância na vida dos cidadãos, no sentido de construir parcerias e apoios mútuos.

Além das igrejas, o CAPS aparece novamente nos grupos focais como uma referência importante. Nos relatos a seguir, os participantes demonstram também ter como rede de apoio o CAPS e seus técnicos de referência:

*A única coisa que tenho para falar é que agora eu me sinto bem, né? Mas já vivi em épocas ruins, quem me conhece bem, a T1 [sua técnica de referência] sabe da minha vida toda... eu faço HD desde... vish, muitos anos! Já perdi as contas. Que eu comecei o tratamento em 84, só vivia internada, internada, internada... depois de... 90... mil e... na época do lixo limpo (projeto de geração de renda com material reciclável)... Depois que eu entrei no lixo limpo que eu comecei a melhorar... Gosto de ficar aqui porque eu tenho muitos amigos, gosto de bagunçar, de brincar... e em casa eu me animo também com meus netos, com meus animais, mas não é como aqui no NAPS... Aqui é mais, eu tenho meus amigos (P4).*

Há também quem se sustente totalmente em sua rede de apoio, levando até à certa paralisia de vida, julgando-se incapaz de realizar pequenas ou grandes atividades no seu cotidiano. A participante 11 tem um longo histórico de dependência com figuras fortes em sua vida. Era explorada sexualmente por sua genitora, e, ao iniciar o acompanhamento no CAPS, partindo de seu desejo expresso, foi traçado um projeto terapêutico com ela, visando à libertação dessa relação de poder a que estava submetida. A participante conseguiu a independência financeira por meio de um benefício do governo e tão logo se viu em uma situação que acreditava ser de vulnerabilidade, já que não tinha ninguém fisicamente ao seu lado dividindo o espaço de sua casa no dia a dia. Nesse cenário, buscou uma união estável, que por vezes lembrava a relação que tinha com sua genitora, com a qual tempos depois voltou a estabelecer vínculos.

Sobre essa questão específica, P11 relata o que segue abaixo e outros acompanham o diálogo:

*Meu marido toma conta de mim, cuida de mim, faz tudo para mim, lava roupa, faz comida, faz tudo para mim... [risos]... P4: Leva até comida na cama... P2: Faz sarapatel... P4: Eu queria arrumar um marido desses para mim [risos] (P11, P4, P2).*

Essa situação remete à discussão de como a rede de apoio pode contribuir para o exercício da autonomia, desde que haja um movimento que sustente o protagonismo da pessoa. Pensamos haver nas relações sociais supostas formas de apoio que engendram a passividade e a submissão das pessoas, submetendo-as a processos de dominação, muitas vezes sem que estas percebam. Esse é o caso da relação que a usuária mantinha com a mãe. Como dissemos acima, a importância de se pensar em formas de apoio que sejam emancipadoras reside no fato de que os próprios serviços da Rede de Atenção Psicossocial podem reproduzir relações anuladoras, caso não exercitem formas de pensar criticamente sobre a própria prática, colocando sob análise as relações de poder presentes no processo de cuidado. É importante, pensamos, que a contradição inerente ao campo da saúde mental, presente no fato de que no ato terapêutico convivem, simultaneamente, uma dimensão relacionada ao cuidado e outra ao controle dos desvios, seja enfrentada no cotidiano dos serviços de saúde, de forma a gerar a potência de transformação de todos os atores envolvidos: usuários, profissionais e a sociedade. A transformação dos usuários depende da transformação dos profissionais e das cenas sociais que geram o sofrimento e a anulação das pessoas.

### **3.2 O Habitar como Direito: A Luta pela Moradia Digna**

Durante a realização dos grupos focais, inúmeras questões de vulnerabilidade e violações de direitos a que os usuários de serviços voltados para a saúde mental estão expostos vieram à tona. Uma dessas violações de direito foi com relação à moradia. A equipe do CAPS já havia expressado preocupação inúmeras vezes com os locais insalubres, como os cortiços, onde

os usuários residem. Além disso, uma parte expressiva dos usuários que frequentam a unidade encontra-se em situação de rua ou em abrigos da prefeitura e conveniados que ficam em nossa região.

De fato, a dimensão do habitar é fundamental para a existência. Felipe (2010) nos traz um conceito de habitar importante para nossa discussão:

Quando procuramos compreender o universo dos significados da palavra habitar, percebemos que estamos diante de um conceito que transcende o pragmatismo formal, utilitário e quantitativo das acepções estar domiciliado e ocupar como residência. O habitar surge como a própria condição essencial da existência humana, anterior, portanto, a toda arquitetura: habitar é habitar o mundo, ser no mundo, existir (p. 301).

Com relação ao tema moradia, percebe-se grande comoção entre os participantes, pois a maioria não possui casa própria e gostaria de realizar a compra de um imóvel para ter um lugar seguro para si e para seus descendentes. Em nossa conjuntura, as políticas habitacionais não contemplam os usuários de serviços voltados para a saúde mental para a aquisição da casa própria, e estes estão distantes de alcançar a posse de suas moradias (Furtado et al., 2010).

A fala das participantes 1 e 13 nos dá uma ideia das expectativas com relação ao habitar:

*Eu desenhei um sol que é a natureza... flor, árvore com frutos, tudo... e uma casa que eu gostaria de ter. Ainda tem que pôr o cachorro (P1).*

*Eu gostaria de ter uma casa, um amor, amigos, dinheiro, um animalzinho para criar na casa também, junto com o amor... ter muita saúde para comer tudo do bom e do melhor e meditar bastante... ficar zen (P13).*

Com relação ao sentido do habitar na vida das pessoas que passaram por processos de institucionalização, Saraceno (1999) propõe que a história da psiquiatria é uma história de “casas”, sendo estas mais ou menos fechadas, mais ou menos isoladas, mais ou menos vigiadas, e que, naturalmente, é dada mais atenção à noção de casa do que à de habitar. Como noção de casa podemos citar a propriedade, o espaço físico, o lugar que ocupam, enquanto o habitar envolve os valores, a contratualidade com relação à organização material e simbólica. A reabilitação psicossocial, nessa perspectiva, deve ocupar-se ao mesmo tempo da casa e do habitar (Saraceno, 1999).

Faz parte do imaginário das pessoas ter um lugar seguro, um lar para poderem se abrigar das agressões da chuva, do vento, do frio, do calor, dos animais, enfim, de todos os perigos reais ou sonhados (Tugny, 2014). Os indivíduos ainda desejam que essa casa seja cheia de recursos que possibilitem lutar e sobreviver neste mundo e que, acima de tudo, tenha todos os recursos que permitam sonhar uma vida ideal, na qual a casa seria como um ninho, um berço (Tugny, 2014).

Ter acesso à moradia é expandir o rol de conhecimento e de conhecidos, ampliar o cuidar e o cuidado, expandir as experiências e as redes tecidas em seu entorno, criando possibilidades de conexões.

Como o tema foi de alta relevância nos grupos, posteriormente à pesquisa foram realizadas oficinas sobre moradia, nas quais foram discutidos temas como a história das políticas habitacionais, os movimentos de moradia e as atuais possibilidades de aquisição de moradia.

### **3.3 Vulnerabilidades e Violências: Recortes de Gênero e Classe**

Os usuários que fazem acompanhamento em CAPS Adulto muitas vezes têm seus laços rompidos com a família originária ou têm laços frágeis e pouco palpáveis com seus familiares consanguíneos, o que os colocam em uma situação de vulnerabilidade e risco. Somando-se ao fato de que muitos experimentam um sofrimento psíquico grave, o que dificulta a inserção em um trabalho formal registrado que lhes dê amparo previdenciário, esses indivíduos acabam procurando empregos

informais, o que os deixa muito vulneráveis à exploração. Muitos, assim, ocupam-se com subempregos, tais como: catadores de materiais recicláveis; profissionais do sexo; trabalhadores do tráfico de drogas ou demais mercadorias ilegais. Outros mantêm a subsistência por meio de benefícios assistenciais do governo (desde que se enquadrem nos pré-requisitos), como o Programa De Volta Para Casa ou o Benefício de Prestação Continuada.

Aqui temos a fala da participante 1, que gerou muita comoção no grupo, ao tratar de uma situação de violência vivida quando buscava por moradia. Talvez essa comoção tenha ocorrido porque essas situações refletem a realidade vivida por outros usuários participantes da pesquisa e do CAPS:

*... eu não sou respeitada não. Ó... sábado eu tive uma experiência horrível! Eu fui ver um quarto em uma casa, onde mora o P9, que falou para eu ir morar lá, porque eu queria mudar do lugar em que eu moro. A mulher lá onde a gente mora, a gente briga e depois desfaz a briga, né? Aí o dono da casa foi mostrar a casa para mim. P9: Seu B. P1: Ele foi mostrar a casa para mim e ficou o tempo inteiro pegando no pênis dele... Pesquisadora: Que horror! P9: Psicopata, né? P1: O tempo inteiro! Aí eu olhava para ele assim, ele mostrou os quartos para mim, estava vendendo um guarda-roupas por 150 reais, toda hora pegando no pênis... aí eu saí, atravessei a rua, fui para o outro lado e vim embora... como eu moro em frente ao bar em que ele fica bebendo cachaça, eu o xinguei de tudo quanto é palavrão, com toda a altura, de velho, de tudo... xinguei, xinguei, xinguei, xinguei, mas eu xinguei tanto! (P1, P9, Pesquisadora).*

Os papéis sociais do homem e da mulher que foram atribuídos pela sociedade são muito distintos e ainda hoje perduram, delimitando suas funções, onde e como devem se portar e o que fazer (Saffioti, 1987). As diferenças de direito relacionadas à condição de gênero constituem ainda um desafio persistente em nossa sociedade, em todas as classes sociais.

Esse papel pré-determinado pela sociedade também diz respeito aos homens, que devem ser dominadores, ativos, provedores do lar, protetores de sua prole e zelar pela manutenção de sua masculinidade (Torrão Filho, 2005). Tais papéis são frutos do patriarcado, do machismo e do capitalismo. E isso se mantém no imaginário também das classes populares.

Podemos constatar que, além da questão de gênero, soma-se a questão da classe social, da raça e, conseqüentemente, do território de pertencimento, da moradia e tantas outras vulnerabilidades a que esses atores sociais estão submetidos. Com isso, perpetua-se a reprodução desses padrões de outrora, e há resistências para quebrá-los. Encontramos, contudo, nos movimentos de lutas identitárias, apoio e embasamento para a desconstrução desses “ensinamentos” socioculturais enraizados na população ainda hoje.

Temos aqui o momento em que a participante 1 novamente nos amplia o olhar sobre a violência com a qual os usuários de serviços voltados para a saúde mental, e em especial as mulheres, convivem:

*Eu pus a violência contra a mulher, porque... as mulheres são aqui né, aqui nesse círculo que a gente está fazendo, é... são vítimas, principalmente as pessoas mais pobres, são vítimas de violência por parte do homem. E aí a autonomia dela é tirada né? Porque ela sofre uma violência, daí ela fica com um estado mental ruim, você entendeu? (P1).*

A violência e o preconceito também apareceram quando foi perguntado aos participantes da pesquisa se sentem que são tratados de forma diferente por pessoas que não são acompanhadas pelo CAPS. Tal ato se dá, pela experiência que os participantes da pesquisa relataram, pelo fato de serem rotuladas como “pacientes do CAPS”, mostrando os valores culturais ainda vigentes no imaginário social sobre a população usuária da Política Nacional de Saúde Mental. Segue trechos das falas:

*Aonde eu moro, ninguém trata bem porque eu faço tratamento aqui (P4).*

*Uma vez eu fui alugar um quarto e a pessoa falou “Ah, então você é do CAPS? Então não” (P13).*

A inclusão social é um desafio para o usuário com sofrimento mental, uma vez que é um processo complexo que depende de seu poder de contratualidade, da rede de apoio ou outros serviços que visam ao empoderamento de suas ações.

Esse processo de exclusão é fruto da percepção pautada no senso comum de que pessoas com sofrimento psíquico são perigosas. Tal noção foi construída ao longo dos anos em que essa população foi institucionalizada, quando era privada da vida em liberdade (Salles & Barros, 2013). Tais valores estão associados ao paradigma psiquiátrico tradicional, que sustentou durante muito tempo – e até os dias atuais – que a pessoa considerada doente mental era incapaz, muitas vezes incompreensível e perigosa.

A exclusão dos usuários de serviços voltados para a saúde mental varia em maior ou menor grau, conforme classe social, raça ou gênero, segundo Basaglia (1985). Antes mesmo da internação, o caminho percorrido por alguém que dispõe de recursos financeiros será diferente de quem é miserável financeiramente, pois o primeiro já desfruta, de antemão, de maior poder de contrato na sociedade.

Mas, pelos relatos trazidos aqui, fica visível o quanto as redes de apoio podem combater a exclusão. No cotidiano do CAPS, redes de apoio também se constroem num ambiente de convivência e ultrapassam os limites da unidade quando os usuários passam a se apoiar mutuamente, combinam saídas para ir a outros locais ou equipamentos da cidade, quando frequentam a casa uns dos outros ou quando dividem as despesas da compra de alimentos para almoçarem juntos nos finais de semana.

#### **4. Conclusão**

Por meio deste estudo, pudemos problematizar o quanto a questão da autonomia está presente como um desafio no cotidiano dos usuários do CAPS, que vão em busca dos seus objetivos, tecem e expandem suas redes de apoio e seu poder de contratualidade no território em que estão inseridos.

Embora a grande maioria dos usuários participantes da pesquisa tenham a percepção da autonomia como relacionada à independência pessoal e ao livre arbítrio para a tomada de decisões, suas ações levam a entender que exercem a autonomia como a possibilidade de criarem normas para si: procuram ampliar a rede de dependências, produzindo suas próprias normas, de forma a produzir sentido para a vida.

Destacou-se, ainda, que muitos procuram se esclarecer e estabelecer estratégias para adquirir ou pôr em prática seus direitos. Muitas vezes, se posicionam criticamente com relação ao funcionamento dos locais em que estão inseridos e dos equipamentos utilizados, e, de certa forma, buscam o autocuidado conforme sua realidade. Ao longo da pesquisa, pudemos demonstrar que, em diversas situações, os usuários buscam ser protagonistas de suas histórias.

Ficou evidente que as expressões da questão social que permeiam a saúde mental, fazem parte do cotidiano dos usuários, que estão expostos a diversos tipos de violências e profundas desigualdades sociais, como: a falta de emprego digno e seguro perante as leis trabalhistas (mercado informal); a pobreza, que os força a procurar moradia em habitações insalubres como os cortiços; a escassez de alimentos e a falta de acesso às políticas públicas. Essa exposição, principalmente daqueles que vivem em regiões de maior vulnerabilidade e risco social, colabora negativamente com a produção do sofrimento psíquico.

Entendemos que a garantia de direitos e a ampliação das redes de apoio são aspectos fundamentais para a garantia da saúde mental. O sofrimento pode ser transformado quando a sociedade se debruça sobre a melhoria das condições de vida e o enriquecimento das relações e das redes de sociabilidade, em busca de uma vida melhor para todos. Isso porque, a nosso ver, o

sofrimento psíquico é algo produzido nas cenas sociais, por atores e cenários em relação.

E, como demonstra este artigo, os usuários dos serviços de saúde mental mantêm-se firmes na busca por seus direitos, mesmo com todas as dificuldades. Os CAPS e os serviços da RAPS tem um papel central na ampliação da contratualidade social de seus usuários, ação que só pode ocorrer pelas mãos deles próprios, em busca de sua cidadania.

## Referências

- Aguiar, K. F., & Rocha, M. L. (1997). Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. *Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política*, 3(4), 87-102. <https://www.acheronta.org/acherontal1/socio-politica-p.htm>.
- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Basaglia, F. (1985) *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Capistrano Filho, D. (1991) *Santos: mil dias de governo popular*. São Paulo, SP: Editora Brasil Urgente.
- Casetto, S. J., Henz, A. O., Rodrigues, A., Azevedo, A. B.; Martinez, F. P. M., Moreno, H. V., Silva, M.J., & Capozzolo, A. A. (2019). O cuidado não existe, modos diversos de cuidado na atenção básica em saúde. In R. Mendes, A. B. Azevedo & M.F. P. Frutuoso (Org.), *Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde* (pp. 121-143). São Paulo, SP: Hucitec.
- Felippe, M. L. (2010). Casa: uma poética da terceira pele. *Psicologia & Sociedade*, 22(2), 299-308. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000200010>
- Furtado, J. P., Nakamura, E., Generoso, C.M., Guerra, A.M.C., Campos, F.B., & Tugny, A. (2010). Inserção Social e Habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 389-400. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200012>
- Gatti, B. A. (2005). *Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília, DF: Liber Livro.
- Kinoshita, R. T. (1996). Em busca da cidadania: Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In F. C. Braga Campos & C. M. P. Henriques, (Org.), *Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos* (pp.39-49). São Paulo, SP: Scritta.
- Kinoshita, R. T. (2010, 28 de junho). Santos é pioneira na luta antimanicomial. Reportagem Agência Brasil. <https://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2010-06-28/interdicao-em-hospital-particular-leva-santos-condicao-de-pioneira-na-luta-antimanicomial>
- Machado, A. L. (2001). *Espaços de representação da loucura: Religião e psiquiatria*. Campinas, SP: Papirus.
- Martins, M. E. R., Assis, F. B., & Bolsoni, C. C. (2022). Conceitos de construção de autonomia sob o paradigma psicossocial no campo do cuidado a usuários de substâncias psicoativas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (6): 2241-2253. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.20872021>
- Nicácio, M.F.S. (1994). *O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Nicácio, M.F.S. (2003). *Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
- Pêcheux, M. (2011). *Análise do discurso*. Editora Pontes.
- Pereira, A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [Free ebook]. Santa Maria. Editora da UFSM.
- Risemberg, R. I. C. et al. (2026). A importância da metodologia científica no desenvolvimento de artigos científicos. *E-Acadêmica*, 7(1), e0171675. <https://doi.org/10.52076/eacad-v7i1.675>. <https://eacademica.org/eacademica/article/view/675>.
- Saffioti, H. I. B. (1987). *O poder do macho*. São Paulo, SP: Editora Moderna.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1059-1071. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400009>
- Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte, BH: Te Corá.
- Torrão Filho, A. (2005). Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu*, (24), 127-152. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100007>
- Silva, G. A., Cardoso, A. J. C., Bessoni, E., Peixoto, A. C., Rudá, C., Silva, D. V., & Branco, S. M. J. (2022). Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (1): 101-110. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19872021>
- Tugny, A. (2014). O Imaginário da habitação e do habitar. In J. P. Furtado & E. Nakamura (Org.) *Inserção Social e Habitação de Pessoas com Sofrimento Mental Grave – Um Estudo Avaliativo* (pp. 31-41). São Paulo, SP: Fap-Unifesp.
- Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens psicossociais*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Vieira, F. R., & Lussi, I. A. O. (2022). Participação e autonomia de pessoas que moram nos serviços residenciais terapêuticos: contribuições da terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3006. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22773006>