

### Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã

Extramural care practices developed outside Alcohol and drugs Psychosocial Care Centers: citizen occupation (abstract: p. 19)

Prácticas de cuidado extramuros en los Centros de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas: la ocupación ciudadana (resumen: p. 19)

Rafaela M. A. Martins Fonseca<sup>(a)</sup>

<rafaelammartins@yahoo.com.br> 

Andrea Donatti Gallassi<sup>(b)</sup>

<andrea.gallassi@gmail.com> 

<sup>(a, b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Campus Universitário, s/n, Centro Metropolitano. Brasília, DF, Brasil. 72220-275.

Este artigo tem por objetivo investigar as práticas extramuros realizadas pelos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) do Distrito Federal (DF). Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico e ocupacional com 48 profissionais que atuam nos sete CAPSad do DF. Adotou-se a análise de conteúdo de Bardin e de forma complementar o *software* NVivo. Constatou-se que os profissionais realizaram práticas extramuros inovadoras e exitosas, como: “Loja de rua”, “Jardim comunitário”, “Clube de corrida”, atividades esportivas, de geração de renda, participações políticas, de arte, lazer e cultura. No entanto, ainda são escassas as ações de cuidado extramuros de forma sistemática, sendo a maioria temporária. É imprescindível que trabalhadores sejam capacitados e tenham condições para atuar extramuros.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Práticas interdisciplinares. Território sociocultural. Colaboração intersectorial. Redes comunitárias.

## Introdução

Diante das denúncias de maus tratos, superlotação e condições precárias das instituições psiquiátricas, principalmente a partir de 1980, os hospitais psiquiátricos foram questionados quanto à eficácia do tratamento oferecido. No auge dessas discussões, impulsionados pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, familiares e pessoas com transtorno mental, unidos ao Movimento de Luta Antimanicomial, é que surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)<sup>1</sup>.

Um movimento social de inclusão, de reintegração social e de reconstrução, na busca – cotidiana e permanente – do novo lugar do doente mental na sociedade<sup>2</sup>. (p. 26)

Nesse contexto, houve incentivo ao desmonte do aparato manicomial e ênfase na implantação de uma rede territorial de Atenção à Saúde mental substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional<sup>1</sup>. A RPB foi fortalecida com a aprovação da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental, garantindo atendimento de qualidade a essas pessoas, baseada em uma lógica de reabilitação e (re) inserção social<sup>3</sup>. No entanto, para que esse movimento avance e ocupe novos espaços, os discursos devem se concretizar em práticas que se configurem de acordo com a nova lógica de superação do modelo anterior<sup>4</sup>.

Assim, os desafios no processo da RPB são apresentados aos trabalhadores, os quais, no seu cotidiano institucional, têm a tarefa de expandir e consolidar as mudanças que concretizem uma rede de cuidados ampliada e que tenha como base a compreensão de território<sup>5</sup>. Segundo Saffiotti, a ideia de “território” na Saúde Mental está ligada a uma oposição entre dentro e fora: “trabalhar no território”, por exemplo, é fazer ações na rua, fora de instituições<sup>6</sup>.

As evidências científicas apontam que, embora tidas como um dos pilares estruturais da RPB, as práticas extramuros não são priorizadas pelos serviços de Saúde Mental e/ou uso problemático de substâncias psicoativas (SPA); demonstram a precariedade das ações territoriais e de inclusão social e, conseqüentemente, a necessidade da aproximação do serviço à comunidade, ao território e à cidade nos seus mais diversos setores<sup>5,7</sup>.

Especificamente com relação à acolhida das pessoas em uso problemático de SPA, é sabido que um dos motivadores de abandono ao tratamento em CAPSad, segundo os próprios usuários do serviço, é a falta de interesse nas atividades ofertadas<sup>8</sup>, que tendem a se tornar repetitivas e monótonas quando ocorrem restritas às dependências físicas do serviço. O referencial teórico do tratamento comunitário para pessoas em uso problemático de SPA também reforça este aspecto: raramente é incluída na rede formal de cuidado a oferta de atividades, dispositivos e contextos não especializados<sup>9</sup>. Segundo Milanese, devido à alta porcentagem de interrupções dos processos clássicos de assistência e de reincidência após o tratamento, cada vez mais é preciso buscar valorizar os recursos presentes na própria comunidade.

Nesse contexto, não é possível promover (re)inserção social da pessoa em uso problemático de SPA apenas dentro dos limites físicos dos serviços, isso porque tal fato reproduz o isolamento combatido do passado<sup>10</sup>. Apesar de os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) serem serviços “porta aberta”,

muros invisíveis, jalecos mentais, manicômios daqui, dali, de lá, de qualquer lugar insistem em circunscrever a diferença e o diferente<sup>11</sup>. (p. 231)

Essa preocupação aponta para o risco de estar ‘*enCAPSulando*’<sup>12</sup>, ‘manicomializando’<sup>13</sup> os usuários nos CAPSad. É evidente a importância da realização das práticas extramuros nos CAPSad, pois é saindo dos limites da instituição que as barreiras se apresentam, e é essa a oportunidade de trabalhar com todos os envolvidos, sejam os próprios usuários do serviço, profissionais de outras áreas, a família e a sociedade<sup>5</sup>. Esse reconhecimento da realidade é um indicativo de que é oportuno e necessário resgatar e aprofundar a discussão sobre tais práticas.

Diante desse cenário, passou-se a refletir sobre questões como: Quais são as práticas extramuros realizadas pelos profissionais que atuam nos CAPSad, segundo os pressupostos da RPB? Para realizá-las, quais articulações com a Rede Intersetorial são necessárias? Quais os principais desafios encontrados? Para atender a essas reflexões, é necessário apresentar dados empíricos, aporte teórico e prático, que possam contribuir para o desenvolvimento de habilidades e competências na utilização dessas práticas inclusivas no campo da Saúde Mental, álcool e outras drogas. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar quais são as práticas extramuros realizadas pelos profissionais que atuam nos CAPSad do Distrito Federal (DF), bem como verificar se há uma articulação com a rede intersetorial e identificar os desafios para fortalecê-la.

## Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo, realizada no período de agosto a novembro de 2019 nos sete CAPSad do DF, sendo três do tipo CAPSad III (de funcionamento 24 horas e com leitos de retaguarda).

Os critérios de inclusão dos profissionais para participação no estudo foram: (a) trabalhar nos CAPSad no DF; (b) um profissional de cada categoria que compõe a equipe de cada serviço; (c) no caso dos médicos, preferência pelos psiquiatras, (d) antiguidade no cargo; (e) aceitar participar do estudo. Para a coleta dos dados, os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e ocupacional, e uma entrevista semiestruturada contendo os seguintes temas disparadores: a prática rotineira no serviço, as parcerias intersetoriais no território, as atividades na comunidade/fora do serviço/ no território, se essas práticas favorecem a reinserção social e quais são os desafios para a sua execução. No caso dos gerentes, os temas foram os mesmos, apenas com algumas adaptações nas perguntas a fim de identificar se as práticas extramuros são facilitadas ou não pelos gestores dos serviços.

Para a análise dos dados optou-se pelo método de análise de conteúdo orientado por Bardin seguindo as três fases: a de pré-análise do material, a de exploração e a fase de tratamento, inferência e interpretação dos resultados respaldados pelo referencial teórico<sup>14</sup>. De forma complementar, os dados coletados também foram tratados com a ajuda do *software* NVivo, versão 10. Foram criados cinco nós/nodes, chamados temas, com base nos tópicos das entrevistas, e os resultados foram representados em “nuvens de palavras”, que permitem identificar com facilidade, por meio de tamanhos diferenciados, quais as palavras de maior ocorrência nos textos analisados. Neste trabalho, adotou-se um estudo das cinquenta palavras mais citadas definindo o número mínimo de três caracteres, para excluir aquelas que não faziam sentido no contexto como, por exemplo, “mas”, “até”, “ai”, “de”. Além disso, foram excluídas manualmente palavras que excediam os caracteres preestabelecidos e que também não eram parte do contexto, como “então” e os “porquês”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, sob parecer n. 3.285.360/2019, e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/Fepecs), sob parecer n. 3.366.172/2019.

## Resultados e discussão

Foram entrevistados 48 profissionais dos CAPSad no DF, com predomínio do sexo feminino (quarenta). A faixa etária variou de 20 até 59 anos, sendo que a maioria (trinta) se encontra na faixa etária de 35 a 59 anos, observando-se, assim, um perfil composto por adultos mulheres de meia-idade. A maioria é casada ou vive em união estável (29), sem filhos (21).

De acordo com a categoria profissional, foram: sete gerentes, sete enfermeiros, sete psicólogos, sete médicos, todos psiquiatras, sete técnicos/auxiliares de enfermagem, cinco terapeutas ocupacionais e cinco assistentes sociais, pois dois CAPSad não possuem profissionais dessas categorias, e três farmacêuticos, já que só é obrigatório em CAPSad tipo III. No que se refere à escolaridade máxima, a maioria (37) possui pós-graduação; desse total, menos da metade (16) referiu ter titulação nas áreas de Saúde Mental, Psiquiatria ou dependência química, e o tempo predominante de atuação nos CAPSad foi de seis a nove anos (27).

Os dados coletados pela entrevista semiestruturada foram agrupados em quatro categorias temáticas e, por meio delas, foram criadas cinco nuvens de palavras. Julgou-se importante acrescentar uma nuvem de palavras adicional para diferenciar a visão dos gestores em relação à dos demais profissionais, conforme apresentadas a seguir.

## A rua como *setting* terapêutico

A inserção social na assistência em Saúde Mental vem sendo descrita nos estudos de Nasi e Schneider<sup>15</sup>, Chen<sup>16</sup>, Mota e Costa<sup>17</sup> e Mota, Fonseca, dos Santos e Gallassi<sup>18</sup>, como um processo ainda em implementação. Quando questionados sobre as práticas de cuidado extramuros, os entrevistados manifestaram em seus depoimentos várias iniciativas inovadoras, representadas na Figura 1.



**Figura 1.** Nuvem de palavras das práticas comunitárias realizadas pelos participantes.

Fonte: Dados da pesquisa extraídos do programa NVivo (2020).

Nos discursos sobre as práticas extramuros, observa-se que a palavra de maior destaque é “passeios”, já que muitos profissionais se referem assim a essa proposta. Também tiveram mais representações as palavras: parque, música, escolas, CCBB (Centro Cultural Banco do Brasil), feira, caminhada, quadra, esportes, zoológico, água, mineral (parque), conselho, piquenique, confraternizações e eventos.

Nesse lastro, evidencia-se a criação de uma “cultura” em que os usuários façam parte dos circuitos das cidades, participando ativamente das manifestações culturais e de lazer; os vários equipamentos sociais do município vêm sendo constantemente utilizados pelos profissionais, como “passeios”, possibilitando as atividades inclusivas<sup>10</sup>.

A proposta extramuros descrita a seguir é relatada pelo participante como “impactante”, demonstrando empolgação e orgulho em desenvolvê-la:

A gente fez um projeto [...] que era a loja de rua [...] a gente arrecadou coisas e fomos no Centro POP e montamos uma loja onde as coisas eram doadas, mas era como se fosse uma loja [...] os pacientes eram os vendedores e então os moradores de rua vinham, experimentavam, eles mostravam no espelho [...] foi tão impactante isso porque os pacientes estavam atendendo os colegas deles que estavam na rua e agora eles estavam numa posição de vendedor. (E.45)

A experiência relatada foi inspirada no projeto The Street Store, ação desenvolvida, inicialmente, na cidade do Cabo, na África do Sul, em 2014. A ideia da “loja de rua” é doar roupas a quem não tem. A diferença é que as peças são penduradas em cabides de papelão, como se fosse uma grande loja e as pessoas em situação de rua têm a oportunidade de escolher o que querem vestir, como se estivessem “fazendo compras”. Essa versão inovadora objetiva devolver dignidade, resgatar a autoestima e preservar direitos humanos da população mais vulnerável<sup>19</sup>. O conceito de autoestima tem sido considerado um importante indicador da Saúde Mental e afeta praticamente todos os aspectos da vida, visto que

as pessoas que se sentem bem consigo mesmas, sentem-se bem a respeito da vida, estão aptas a enfrentar e solucionar os desafios com maior responsabilidade e confiança<sup>20</sup>. (p. 285)

Outro projeto extramuros referido nos discursos é o “jardim comunitário”, descrito como a intervenção “mais marcante” desenvolvida pelo participante.

Ali tá escrito “jardim comunitário” era o lixão que os vizinhos jogavam lixo, daí vinha o trator com a pá carregadeira da administração regional fazia um buraco maior ainda [...] e a partir de uma assembleia um dos pacientes veio com a ideia do mutirão, daí aplicamos esse mutirão ali fazendo sensibilização com os vizinhos, batendo no portão [...] a gente fez um jardim muito bonito, cheio de flores [...] inclusive a gente ganhou o concurso de boas práticas do DF. (E.38)

Nesse cenário, o trabalho com a terra foi utilizado como estratégia terapêutica. A American Horticultural Therapy Association (AHTA) definiu que o jardim pode ser descrito como sendo de natureza terapêutica quando projetado para ser usado como componente de um tratamento/reabilitação e para atender às necessidades de um usuário ou uma população específica<sup>21</sup>.

Entre as propostas denominadas de “passeios”, estão as atividades artísticas. A oficina de música é descrita como proposta extramuros:

Eu faço oficina de música [...] acho que a gente tá programando uma apresentação [...] a gente fazia essa oficina itinerante [...] então a gente fazia na cidade. (E.41)

O sarau de poesia e de música que é bem interessante. (E.45)

Nessa perspectiva, experiências parecidas foram encontradas em estudos com grupo de dança<sup>22</sup> e participação em coral<sup>23</sup>. Ambas as atividades tiveram apresentações das *performances* ao público. Com essas práticas, os autores esperam promover a integração, superar o estigma em relação ao transtorno mental e melhorar a autoestima dos pacientes<sup>24</sup>.



As atividades físicas obtiveram destaque na Figura 1:

Oficina de esportes, na comunidade. É na quadra. (E.24)

No DF, o profissional de Educação Física não faz parte da equipe que atua nos CAPSad. No entanto, quando há demanda, são estabelecidas parcerias como a descrita a seguir:

A gente fez uma parceria com o professor de Educação Física do Cose [Centro de Convivência]... ele, inclusive, faz futebol duas vezes por semana aqui na quadra ao lado. (E.35)

A escolha do futebol deve-se ao fato de ser associada à cultura brasileira, assim como foram descritas experiências internacionais similares com as modalidades esportivas de hóquei e basquete<sup>25,26</sup>. O esporte proporciona um ambiente social de engajamento e interação que contribui para o bem-estar, a autoestima e a superação da sensação de limitação que acompanha boa parte das pessoas com transtorno mental e uso problemático de SPA.

A proposta extramuros descrita abaixo é inovadora, no sentido de ser conduzida por usuários:

O clube de corrida é uma atividade muito interessante que ela é conduzida por pacientes [...] então nós temos dois pacientes que são atletas [...] eles montaram o grupo e tem todo o manejo deles [...] promove muita autonomia e principalmente a inserção social deles na comunidade porque a comunidade conhece, é referência [...] e acaba que assim, o próprio CAPS mesmo trabalha um pouco a diluição do estigma (E.45).

Mesmo com o uso problemático de SPA, as potencialidades do sujeito devem ser reconhecidas. Dessa forma, busca-se trabalhar a autonomia desses indivíduos de modo que eles protagonizem suas próprias vidas, exercitando o viver, reconhecendo seus limites e suas possibilidades<sup>27</sup>.

As formas de assistência adotadas com a transformação do modelo de tratamento fizeram emergir, para os usuários, a demanda de inserção no mercado de trabalho. Até então, essa demanda era praticamente inexistente dentro dos muros dos manicômios<sup>28</sup>. Nesse cenário, as oficinas de geração de renda foram descritas como prática extramuros:

Oficina de geração de renda que se chama ‘feito à mão’ que é uma oficina que o pessoal produz materiais muito bons, de revenda [...] levam para as feiras. (E.10)

Essa dinâmica é rica para o indivíduo que percebe a valia do seu produto, pode adquirir recursos financeiros com ele, e abre espaço para as trocas sociais se efetivarem, rompendo, assim, o estigma e o preconceito com relação à pessoa que faz uso problemático de SPA<sup>29</sup>.

Por fim, todo cidadão, seja usuário de SPA ou não, tem um conjunto de direitos e deveres definidos em lei. O engajamento em atividades políticas foi uma proposta externa às estruturas do serviço:

A gente leva eles para essas reuniões e audiências públicas que acontecem dentro da temática de álcool e drogas. (E.45)

A participação política da pessoa em uso problemático de SPA é uma temática relevante na atualidade, considerando o processo histórico recente de consolidação de propostas nas sociedades democráticas, a busca pela emancipação e o movimento antimanicomial, que é debatido e construído constantemente. Essas inserções políticas capacitam os usuários a defenderem seus direitos<sup>30</sup>.

### **Tecendo redes de apoio**

Devido às dificuldades na implementação das políticas setoriais, a intersetorialidade das políticas públicas passou a ser valorizada. Para Inojosa, a intersetorialidade deve ser compreendida como

a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas<sup>31</sup>. (p. 105)

Nesse contexto, para efetivar as práticas de cuidado extramuros é necessária a articulação com a rede intersetorial. Nas entrevistas, foram relatados muitos parceiros dos CAPSad e a necessidade de buscá-los:

A gente tem um programa aqui que chama PTS ampliado. (E.4)

O termo Projeto Terapêutico Singular (PTS) ampliado deriva do conceito de Clínica Ampliada. De acordo com Freitas, Carvalho e Mendes, a Clínica Ampliada busca superar a fragmentação entre biologia, subjetividade e sociabilidade, operando com projetos terapêuticos complexos. Com isso, houve uma reconfiguração da prática clínica e, portanto, o sujeito e seu contexto foram tomados como objetos de intervenção<sup>32</sup>.

Nesse cenário, os serviços articulados pelos participantes da pesquisa para desenvolver as práticas extramuros estão representados na Figura 2.



de cuidados de saúde e não de punição. Esse novo entendimento é inovador e contribui tanto para romper com a concepção do “usuário criminoso”, quanto para aproximar a pessoa do serviço de tratamento. Nesse sentido, o judiciário deve atuar garantindo um tratamento público de qualidade e a reinserção social dessas pessoas<sup>36</sup>.

Entre as maiores representações na nuvem estão as palavras “educação” e “escola”. Os profissionais discorreram sobre essa articulação: “serviços universitários e de baixo custo” (E.15). A universidade está inserida no contexto da Saúde Mental e/ou uso problemático de SPA por meio, primeiramente, da formação das pessoas que atuam na área e, posteriormente, como um espaço social de diálogos e estabelecimento de parcerias. Nesse sentido, Martins discorre sobre a ida de usuários da Saúde Mental para a universidade a fim de contribuir em pesquisas não apenas como sujeito pesquisado, mas como produção científica em conjunto com os pesquisadores<sup>37</sup>.

Quanto à inclusão pelo trabalho, parcerias foram relatadas com instituições que oferecem cursos profissionalizantes, “Sesi, Senai, Senac, Casa do Ceará” (E.18), “SESC” (E.16), “Pronatec, IFB” (E.19). “o Jovem de Expressão” (E.9), “Estação de Meta Reciclagem” (E.15), “Agência do Trabalhador” (E.40). Diferente da experiência relatada, na qual a articulação depende exclusivamente dos profissionais, o governo, na França, tem um programa de “reintegração profissional” para as pessoas com transtorno mental que “permite que a maioria dos pacientes (mais de 50%) tenha acesso ao emprego após 6 a 18 meses de apoio individualizado<sup>38</sup>”

Ações intersetoriais de intervenção também foram relatadas, “comunidades terapêuticas” (E.4), “Pastoral da Sobriedade” (E.38), “terapia comunitária” (E.5), “Centros de Convivência” (E.38) e “Amor Exigente, NA” (E.19) e “AA” (E.16). Pela fala descrita anteriormente, o profissional considera as comunidades terapêuticas “parceiras”. No entanto, esses serviços são questionados pelo movimento da RPB. Para os militantes do movimento, “os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas”. Segundo a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), esses espaços têm a mesma lógica asilar, de segregação, de afastar as pessoas das relações sociais, sendo contrários à terapêutica proposta pelos serviços substitutivos<sup>39</sup>.

As comunidades terapêuticas nos últimos dez anos tiveram importante aporte de recurso público para o financiamento de “tratamento” para as pessoas em uso problemático de SPA<sup>40</sup>, sendo, inclusive, consideradas como parte da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)<sup>41</sup>, mesmo com a ampla resistência dos movimentos sociais antimanicomiais. Essas medidas foram impulsionadas por pressão política de segmentos do Congresso Nacional, como a bancada evangélica e a frente parlamentar das comunidades terapêuticas<sup>42</sup>, que defendem as internações de usuários problemáticos de SPA nessas instituições de orientação religiosa, em detrimento do tratamento oferecido pelos CAPSAd.

As reuniões de rede intersetorial foram relatadas como ações contínuas por vários profissionais: “tem uma rede social e nos reunimos uma vez por mês” (E.7). “Temos a reunião de rede dessa região” (E.25). Essa articulação permite o estabelecimento de uma relação de responsabilidade entre os serviços e a população adstrita, considerando as particularidades de cada território e populacionais<sup>43</sup>. “É o cuidado compartilhado” (E.10). Para Caeran, o cuidado compartilhado está intimamente ligado à intersetorialidade, à integralidade e à interdisciplinaridade<sup>43</sup>.

## Principais desafios enfrentados

A política de cuidado em Saúde Mental e do uso problemático de SPA busca romper com a fragmentação dos atendimentos prestados à população. Ao estabelecer as práticas extramuros no território e a intersectorialidade como eixos estruturantes, vem enfrentando uma série de obstáculos, como representado a seguir:



**Figura 3.** Nuvem de palavras dos desafios relatados pelos participantes.

Fonte: Dados da pesquisa extraídos do programa NVivo (2020).

As palavras mais citadas no que se refere à operacionalização das atividades extramuros e de articulação da rede foram: transporte, preconceito, território, recursos, profissionais e motorista.

Os aspectos estruturais dos serviços, como transportes e motoristas, tiveram as maiores representações na nuvem: “não ter transporte foi um tendão de Aquiles que foi quebrado” (E.41). Segundo o relatório de auditoria operacional da Raps do DF, realizada pelo Tribunal de Contas, a infraestrutura da Raps mostrou-se insuficiente e as unidades existentes, em sua maioria, não se adequam às normas do Ministério da Saúde<sup>44</sup>.

Nota-se nos relatos que o espaço geográfico de abrangência dos serviços foi considerado enorme: “a gente atende uma área populacional imensa” (E.18) e, conseqüentemente, o “número populacional que atendemos está muito além do que poderíamos suportar” (E.13). Como se observa, é reiterada a fala de que há uma demanda excessiva nos serviços. Esse fato é de fácil constatação, considerando que a população do DF é de pouco mais 3 milhões de habitantes (IBGE/2019) e conta com apenas sete CAPSAd. Além disso, esses serviços, muitas vezes, atendem aos usuários das cidades vizinhas que pertencem ao estado de Goiás – região metropolitana do DF – com população de mais de 4 milhões de habitantes<sup>45</sup>.

Quanto aos profissionais, outra dificuldade referida foi:

Ainda é uma visão muito biomédica [...] vamos arrumar um remédio. (E.9)

O modelo biomédico é preponderante em várias ações das equipes dos Caps em detrimento da abordagem psicossocial; as doenças são explicadas unicamente relacionadas a causas fisiológicas e há, conseqüentemente, medicalização dos sintomas<sup>46</sup>.

Todavia, o tratamento da pessoa em uso problemático de SPA deve ancorar-se nos pressupostos do modelo biopsicossocial, o qual enfatiza que a saúde e a doença nascem da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais<sup>47</sup>, os chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e a influência desses fatores (sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais) na ocorrência de problemas de saúde<sup>48</sup>.

A reformulação da assistência ao usuário problemático de SPA pressupõe a reorientação da formação técnica com vistas ao alinhamento da prática ao novo paradigma<sup>7</sup>, como exposto no relato a seguir:

Falta formação para essas pessoas, para elas perceberem a importância dessa rede. (E.40)

Em atenção a essa necessidade de formação, o plano de reordenação política de recursos humanos no SUS preconiza a educação permanente no trabalho, buscando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população em suas diferentes realidades e complexidades<sup>49</sup>.

No discurso abaixo, o desafio apontado foi a postura passiva do paciente durante o tratamento:

Eu acho que a consciência que os pacientes têm que ter do seu protagonismo. (E.21)

Essa postura passiva ocorria tanto pelo acesso limitado às informações, quanto pela atitude “paternalista” dos profissionais de saúde. No entanto, com a Política Nacional de Humanização (PNH), estruturam-se a autonomia e o protagonismo dos sujeitos como princípio norteador, incitando sua corresponsabilização no tratamento<sup>50</sup>.

Outro aspecto desafiador diz respeito ao estigma e ao preconceito enfrentados pelos participantes nos espaços públicos:

Ah, não vai mexer com tesoura, ou, aí dentro tem coisas valiosas. (E.15)

Segundo Goffman, o estigma surgiu na Grécia antiga com marcas de queimaduras ou cortes na pele de escravos ou criminosos para avisar que seu portador tinha algo de mau e deveria ser evitado<sup>51</sup>. Nesse contexto, algumas experiências foram citadas:

A Água Mineral [...] porque pessoas usaram drogas no percurso da trilha [...] logo éramos nós. (E.8)

Eles não deixaram a gente entrar no *shopping* [...] então tem o preconceito. (E.41)

O preconceito é entendido como um julgamento prematuro e inadequado sobre a pessoa que faz uso problemático de SPA<sup>52</sup>.

## O papel dos gestores

Para concretizar as articulações intersetoriais, é imprescindível uma transformação no âmbito da gestão local<sup>53</sup>. Nessa categoria, foram analisados os desafios referentes às gerências dos CAPSad relatados pelas outras categorias profissionais, como também pelos próprios gerentes entrevistados.

Alguns participantes relataram sobrecarga e falta de incentivo dos gerentes:

Ela aumentou o número de consultas para o médico. (E.13)

As práticas extramuros devem ser incorporadas pela gerência do serviço como diretriz estratégica do cuidado, o que requer maior disponibilidade de tempo do profissional para articular e executar a atividade, não sendo assim possível caso sua agenda esteja repleta de atendimentos dentro do serviço. No entanto, o conhecimento sobre gestão e a capacidade de fazê-la com competência nem sempre são levados em conta quando do preenchimento do cargo, já que o critério de escolha dos gerentes geralmente é político e não pela capacidade técnica<sup>54</sup>.

Por outro lado, quanto à visão dos próprios gerentes dos CAPSad em relação ao objeto deste estudo, muitos demonstraram um bom entendimento das práticas extramuros:

Enquanto gerente, tenho sempre tentado provocar a equipe, motivar para a gente poder fazer essas atividades. (E.42)

Um dos objetivos do Caps é a reinserção social. Então o que a gente tem que fazer é trabalhar com os pacientes lá fora. (E.10)

Eu acho que o paciente com essas atividades fora ele sente que faz parte da comunidade. (E.4)

Apesar de os gerentes reconhecerem a importância das práticas extramuros e sua relação com a (re)inserção social, quando questionados sobre o apoio dado aos trabalhadores para que essas atividades acontecessem, os relatos referem à priorização das atividades internas ao serviço:

Primeiro o serviço tem que estar organizado para se fazer isso. (E.10)

Essa contradição é reiterada em outro estudo, no qual, ao mesmo tempo em que é colocada a necessidade de desempenhar de forma mais efetiva as intervenções territoriais, há a prevalência das atividades intramuros<sup>7</sup>.

Esse aspecto fica ainda mais evidente com a análise da frequência das palavras referentes às práticas realizadas pelos gerentes (Figura 4) e pelos demais profissionais (Figura 5), demonstradas a seguir.



## Conclusão

As práticas extramuros são estratégias articuladas entre os profissionais dos CAPSAd e setores da sociedade, buscando reinserir a pessoa em uso problemático de SPA nos diversos espaços de lazer, cultura, esporte, educação e trabalho disponíveis na cidade. Constatou-se, com os resultados deste estudo, que os profissionais dos CAPSAd do DF realizaram práticas extramuros inovadoras e exitosas, como a “loja de rua”, o “jardim comunitário”, o “clube de corrida”, atividades esportivas, oficinas de geração de renda, participações políticas, atividades artísticas, de lazer e cultura.

No entanto, embora a análise tenha permitido observar alguns avanços, ainda são escassas as ações de cuidado fora da estrutura física dos serviços, e a maioria das propostas extramuros ocorreu de forma eventual e temporária. Nesse cenário, observa-se que as práticas extramuros em Saúde Mental se encontram em processo de implementação e consolidação em uma nova lógica de cuidado. Dessa forma, torna-se imprescindível que os trabalhadores e gestores dos CAPSAd do DF sejam capacitados e que lhes ofereçam condições para atuarem ancorados aos pressupostos da RPB, um modelo de base territorial que estabeleça condições para as pessoas em uso problemático de SPA exercerem sua cidadania ocupando espaços na sociedade.

Como limitação do estudo, no período da coleta dos dados, a maior parte dos gerentes que participaram das entrevistas era recém-chegada ao cargo e ainda estava se apropriando de suas atribuições, o que pode ter influenciado algumas de suas falas.

### Contribuições das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Conflito de interesse

Ambas as autoras não têm conflito de interesse a declarar.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



#### Editora

Rosana Teresa Onocko Campos

#### Editora associada

Simone Mainieri Paulon

#### Submetido em

02/06/20.

#### Aprovado em

27/01/21.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, MS; 2005.
2. Mielke FB. Enfermagem na saúde mental. Brasília: NT editora; 2017.
3. Brasil. Presidência da República. Lei no 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001.
4. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
5. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental : as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saude Soc. 2012; 21(3):572-86.
6. Saffiotti A. Atenção em Saúde Mental a partir da noção de território : uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
7. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Interface (Botucatu). 2011; 15(36):137-52.
8. Gallassi AD, Nakano EY, Wagner GA, Silva MNRMO, Fischer B. Characteristics of clients using a community-based drug treatment service ('CAPS-AD') in Brazil: an exploratory study. Int J Drug Policy. 2016; 31:99-103.
9. Milanese E. Tratamento comunitário: teorias e conceitos: glossário ECO2. 2012. Barros R, tradutor. 2a ed. Brasília: Technopolitik; 2018.
10. Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Araruna MHM, Carvalho RN, Cordeiro RC, Silva VCL. Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial : possibilidades inovadoras. Saude Debate. 2012; 36(95):595-605.
11. Vasconcelos MFF, Paulon SM. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na reforma psiquiátrica brasileira. Psicol Soc. 2014; (26):222-34.
12. Martinhago F, Oliveira WF. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos centros de atenção psicossocial de Santa Catarina, Brasil. Saude Soc. 2015; 24(4):1273-84.
13. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. Soc Quest. 2019; 22(44):111-38.
14. Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Rev Electronica Educ. 2012; 6(1):383-7.
15. Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5):1157-63.
16. Chen FP. Building a working community: staff practices in a clubhouse for people with severe mental illness. Adm Policy Ment Health. 2017; 44(5):651-63.
17. Mota VA, Costa IMG. Relato de experiência de uma psicóloga em um CAPS, Mato Grosso, Brasil. Psicol Cienc Prof. 2017; 37(3):831-41.
18. Mota FO, Fonseca RMAM, Santos JE, Gallassi AD. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. Cad Bras Ter Ocup. 2019; 27(4):806-16.
19. The Street Store. South Africa: what is The Street Store? [Internet]. The Street Store; 2017 [citado 11 Fev 2020]. Disponível em: <http://www.thestreetstore.org/faqs/>



20. Nunes MRM, Montibeller C, Oliveira K, Arrabaca RCB, Theiss SMMB. Autoestima e saúde mental: Relato de experiência de um projeto de extensão. *Psicol Argum.* 2013; 31(73):283-9.
21. American Horticultural Therapy Association. Advancing the practice of horticultural as Therapy [Internet]. Seattle: AHTA; 2020 [citado 11 Fev 2020]. Disponível em: <https://www.ahta.org/ahta-definitions-and-positions>
22. Tavormina R, Tavormina MGM, Nemoianni E. “Dance and go on”: a project of psychosocial rehabilitation on the road. *Psychiatr Danub.* 2015; 27 Suppl 1:143-7.
23. Tavormina MGM, Tavormina R, Nemoianni E. The singing-group: a new therapeutic rehabilitation for mood disorders. *Psychiatr Danub.* 2014; 26 Suppl 1:173-7.
24. González IM, López OP, Roca FJB, Martín MJ, Campo AR, Rodríguez GS, et al. Días de Radio: el esfuerzo hacia la recuperación: la radio como integración. *Estud Psicol.* 2011;16(3):379-84.
25. Holt NL, Scherer J, Koch J. Using masculine capital to understand the role of a sport program in the lives of men from a Western Canadian inner city. *J Sport Exerc Psychol.* 2015; 37(5):523-33.
26. Lourenço BS, Peres MAA, Porto IS, Oliveira RMP, Dutra VFD. Physical activity as a therapeutic strategy in mental health: an integrative review with implication for nursing care. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(3):e20160390.
27. Dutra VFD, Bossato HR, Oliveira RMP. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(3):e20160284.
28. Lussi IAO, Pereira MAO. Conceptions about the work established by users of mental health services involved in laboral insertion projects. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2014; 24(3):208-15.
29. Guedes A, Kantorsk L, Coimbra V, Olschowsky A, Cortes J, Cantarelli K. Treatment in freedom: points of tensioning and advance in a psychosocial. *Rev Enferm UFSM.* 2006; 4(1):133-43.
30. Cunha CN, Goulart MSB. A participação política de pessoas com sofrimento mental: a Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (Asussam-MG). *Psicol Rev.* 2016; 21(3):513-33.
31. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cad Fundap.* 2001; 22:102-10.
32. Freitas FF, Carvalho YM, Mendes VM. Educação física e saúde: aproximações com a “Clínica Ampliada”. *Rev Bras Cienc Esporte.* 2013; 35(3):639-56.
33. Brasil. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Promotoria de Justiça do Riacho Fundo. Rede Social do Riacho Fundo I. Brasília: MPDFT; 2016.
34. Brasil. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Promotoria de Justiça de Santa Maria. Rede Social Flor do Cerrado de Santa Maria. Brasília: MPDFT; 2018.
35. Toninato JS, Tavares T, Pessini MA. As contribuições do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) às Famílias em vulnerabilidade/risco social. *Akrópolis.* 2010; 18(4):247-61.
36. Souza Neto JF, Tedesco PA, Biato VWBG. Olhares ao Caps Ad e ao sistema de justiça criminal: problematizando rotulações da justiça no presente [Internet]. In: *Anais do 3o Seminário Internacional Imagens da Justiça, Currículo e Educação Jurídica*; 2017; Pelotas. Pelotas: Universidade Federal de Pelos; 2018 [citado 22 Out 2020]. p. 1-12. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/inventar/publicacoes/>



37. Martins MPG. A interface entre a universidade e a gestão pública de saúde mental: um estudo de caso do convênio internacional ARUCI – Saúde Mental e Cidadania entre a UNICAMP e o Canadá [monografia de especialização]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2011.
38. Pachoud B, Llorca PM, Azorin JM, Dubertret C, Pierrefeu I, Gaillard R, et al. Comment améliorer les pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des patients souffrant de schizophrénie en France ? *L'Encéphale*. 2015; 41(6):507-14.
39. Nunes A. Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas [entrevista de Belloni F] [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2014 [citado 20 Feb 2020]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-manicomios-hoje-se-chamam-comunidades-terapeuticas>
40. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasília: crack, é possível vencer. Política pública sobre Drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2020 [citado 1 Jun 2020]. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/programas-e-planos/crack>
41. Brasil. Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. 26 Jan 2012.
42. Doudement M, Conceição VNM. Frente parlamentar em defesa das comunidades terapêuticas. In: Santos MPG, organizador. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 167-86.
43. Caeran J. Dispositivos de compartilhamento do cuidado : análise frente a uma situação de catástrofe [trabalho de conclusão de curso de especialização]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2014.
44. Tribunal de Contas do Distrito Federal. Auditoria operacional rede de atenção psicossocial – SES/DF [Internet]. Brasília; 2014 [citado 22 Out 2020]. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/RedeDeAtencaoPsicossocial.pdf>
45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado 22 Out 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>
46. César MA, Melo W. Centro de atenção psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *Hist Cienc Saude - Manguinhos*. 2018; 25(1):127-42.
47. Silva FS, Ferreira CB, Santos YLQ. Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Refacs*. 2018; 6(4):745-52.
48. Bosi MLM, Melo AKS, Carvalho LB, Ximenes VM, Godoy MGC. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17 Supl 2:126-35.
49. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(2):287-95.
50. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: Limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl 1:557-70.
51. Medrado ACC, Cruz MG, Baião JJ, Souza MA, Araújo PS. Os laços e nós de uma rede de atenção psicossocial. *Cad Bras Saude Ment*. 2018; 10(27):53-70.

52. Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(1):164-9.
53. Teixeira AO, Albuquerque IN, Cardoso MS, Santos RMB, Barbosa VFF, Sousa LB. Estratégias para gestão da saúde mental em Fortaleza: a visão dos coordenadores do Centros de Atenção Psicossocial- CAPS do município de Fortaleza [artigo de especialização]. Redenção: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira; 2014.
54. Soares CA, Sousa LB, Tabosa LS, Queiroz VV. A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades. *Cad ESP/CE*. 2014; 9(1):9-18.

---

This article investigates the extramural practices developed by health professionals working in Alcohol and Drugs Psychosocial Care Centers (CAPSad) in the Federal District, Brazil. We conducted a qualitative exploratory descriptive study with data collected using semi-structured interviews and sociodemographic and occupational questionnaires administered to 48 professionals working in seven CAPSad located in the Federal District. We adopted the content analysis method proposed by Bardin and NVivo. The findings show that the professionals developed innovative and successful extramural practices, including: “street shops”, “community gardens”, “running clubs”, sports, income generating activities, and political participation through art, leisure and culture. However, systematic extramural care actions remain scarce and tend to be temporary. It is vital that health worker are trained and have the conditions necessary to develop extramural activities.

**Keywords:** Mental health. Interdisciplinary practices. Sociocultural territory. Intersectoral collaboration. Community networks.

---

El objetivo de este artículo es investigar las prácticas extramuros realizadas por los profesionales que actúan en los Centros de Atención Psicossocial alcohol y otras drogas (CAPSad) del Distrito Federal (DF). Se trata de una investigación de abordaje cualitativo de carácter exploratorio y descriptivo. La colecta de datos se realizó por medio de entrevista semiestructurada y cuestionario sociodemográfico y ocupacional con 48 profesionales que actúan en los siete CAPSad del DF. Se adoptó el análisis de contenido de Bardin y de forma complementaria el *software* NVivo. Se constató que los profesionales realizaron prácticas extramuros innovadoras y exitosas, como: “Tienda de calle”, “Jardín comunitario”, “Club de carreras”, actividades deportivas, de generación de renta, participaciones políticas de arte, ocio y cultura. Sin embargo, todavía son escasas las acciones de cuidado extramuros de forma sistemática, siendo la mayoría temporales. Es imprescindible que los trabajadores sean capacitados y tengan condiciones para actuar extramuros.

**Palabras clave:** Salud mental. Prácticas interdisciplinarias. Territorio sociocultural. Colaboración intersectorial. Redes comunitarias.