



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

JOÃO ANDRÉ RODRIGUES

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CONDIÇÕES DE SAÚDE E
PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA REGIÃO CARBONÍFERA**

**CRICIÚMA
2023**

JOÃO ANDRÉ RODRIGUES

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CONDIÇÕES DE SAÚDE E
PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA REGIÃO CARBONÍFERA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Susana Cararo Confortin
Coorientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferraz

**CRICIÚMA
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R696a Rodrigues, João André.

Análise do perfil sociodemográfico, condições de saúde e protagonismo dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região carbonífera / João André Rodrigues. - 2023.

114 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.

Orientação: Susana Cararo Confortin.

Coorientação: Fabiane Ferraz.

1. Serviços de saúde mental. 2. Perfil de saúde. 3. Participação do paciente. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 23. ed. 362.22

JOÃO ANDRÉ RODRIGUES

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CONDIÇÕES DE SAÚDE E
PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA REGIÃO CARBONÍFERA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 18 de dezembro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente
SUSANA CARARO CONFORTIN
Data: 17/12/2024 11:22:42 -1170
Certificação: https://sigas.uefsc.br/govbr

Profa. Susana Cararo Confortin
Doutora – Orientadora
Presidente


Prof. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Doutor – UFSC
Membro externo

Documento assinado eletronicamente
JACKS SORATTO
Data: 17/12/2024 11:22:42 -1170
Certificação: https://sigas.uefsc.br/govbr

Prof. Jacks Soratto
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.
Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Atenção Psicossocial dos municípios da Região Carbonífera no Sul de Santa Catarina.

AGRADECIMENTOS

Sou grato a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, que é um reflexo do esforço coletivo, dos que vieram antes e dos que estão agora presentes, nas conversas e discussões sobre as ideias e rumos do estudo: Fabiane Ferraz que esteve junto desde os primeiros passos e Susana Cararo Confortin que se juntou dando ritmo e direcionamento que o contexto pedia, por me guiarem no processo; Dipaula Minotto e Helena Minotto Rodrigues pelas discussões, escuta, conversas e apoio durante a caminhada; Paulo Amarante e Jacks Soratto por aceitarem avaliar e contribuir com o estudo; aos tantos entrevistadores envolvidos. Cada palavra, cada ideia, cada descoberta é um testemunho do compromisso de cada um de vocês em criar um mundo melhor. A todos vocês, meu sincero agradecimento!

Agradeço ainda a FAPESC e ao CNPq, por recursos destinado pelo edital PP-SUS/2020 - Termo outorga n. 2021TR000759, que subsidiou à execução do macroprojeto ao qual essa dissertação está vinculada.

Que este trabalho sirva como um lembrete do que queremos quando fazemos o que fazemos e do poder da colaboração, da importância da justiça social e da necessidade de lutar pelos direitos humanos. Juntos, podemos fazer a diferença. Juntos, podemos transformar o mundo.

“A loucura é uma condição humana. Em nós, a loucura existe e está presente como a razão. O problema é que a sociedade, para se dizer civilizada, deveria aceitar tanto a razão quanto a loucura”.

Franco Basaglia

RESUMO

Introdução: apesar dos avanços obtidos pela reforma psiquiátrica, iniciada na década de 1970 e com a aprovação da Lei 10.216/2001, o processo de desinstitucionalização em saúde mental ainda é um desafio no Brasil. Este cenário foi agravado no período entre 2016-2022, com os retrocessos que afetaram as políticas públicas nesse campo e a vivência da pandemia de COVID-19 que tornou o acesso aos serviços mais complexo no país. Neste período, a falta de dados em saúde mental, abrangendo o público atendido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dificultou a gestão das políticas de cuidado, incluindo propostas de promoção da saúde e usos dos espaços públicos, tão necessários à reabilitação psicossocial. **Objetivo:** descrever o perfil sociodemográfico, econômico, condições de saúde, uso do território e protagonismo dos usuários dos CAPS da Região Carbonífera. **Método:** trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, conduzido com 329 usuários dos CAPS, maiores de 18 anos, de nove municípios da região carbonífera de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu de março-agosto/2022. O instrumento de coleta foi um questionário estruturado com 69 perguntas. As variáveis analisadas foram: dados sociodemográficos, socioeconômicos, filiação, moradia, relacionamento dos usuários com CAPS, diagnóstico, uso de medicamentos, serviços de saúde utilizados, comorbidades, uso do território, acesso a serviços de saúde e protagonismo de usuários. A análise descritiva dos dados foi conduzida no Software Stata 14.0 (*Stata Corporation, College Station, Texas, EUA*), os resultados estão apresentados em frequência absoluta e relativa. **Resultados:** o perfil predominante dos usuários dos CAPS revela que: 43,9% residem em Criciúma; 54,4% são do sexo feminino; 30,2% tem entre 50-59 anos; 73,4% se identificam como brancos; 58,4% possuem ensino fundamental; 43,2% são solteiros; 48,3% são católicos. Socioeconomicamente, 26,8% são aposentados; 41,6% com renda entre R\$ 1 e 1.212,00; 36% recebem ajuda, predominantemente de pais/irmãos (35,9%); 68,4% têm filhos, destes, 49,3% os filhos não moram com eles; 61,6% residem em local próprio, e 48,6% compartilham o espaço com 1 a 2 pessoas. Sobre as condições de saúde: 51,2% estão frequentando pela primeira vez o CAPS; 72,6% relatam conhecer seu diagnóstico, destes, 72,8% afirmam compreendê-lo; 71,9% afirmam que a principal fonte de informações sobre seu diagnóstico é o CAPS; 94,8% fazem uso de medicamentos, 48,1% obtidos no CAPS; sobre comorbidades a prevalência é hipertensão (49,7%); 86,4% não possuem deficiências. Quanto ao uso do território e protagonismo: 60,4% usam redes sociais, sendo o WhatsApp a mais usada (60,8%); 24,8% conhecem seus direitos, 9,6% participam de associações de usuários, e 36,9% expressam o desejo de se envolver. **Conclusão:** os resultados encontrados na região, expressam perfil semelhante ao do Estado de Santa Catarina. A escolaridade e renda destacam as dificuldades socioeconômicas dos participantes, que historicamente são condições relacionadas a loucura e a pobreza. A participação familiar está vinculada ao grau de vulnerabilidade dos usuários de serviços de saúde mental e reforçam há necessidade de investir em estratégias de protagonismo de usuários e familiares, criação de renda e ampliação de ações de arte e cultura, e outras formas de cuidado, nos projetos terapêuticos como a implementação de estratégias de conscientização e discussão sobre os processos de medicalização e medicamentação da vida.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Perfil de saúde; Participação popular; Empowerment.

ABSTRACT

Introduction: Despite the advancements made by the psychiatric reform initiated in the 1970s and the approval of Law 10.216/2001, the process of deinstitutionalization in mental health remains a challenge in Brazil. This challenge was exacerbated during the period between 2016-2022, marked by setbacks affecting public policies in this field and the experience of the COVID-19 pandemic, which complicated access to services in the country. During this time, the lack of mental health data, encompassing those served in Psychosocial Care Centers (CAPS), hindered the management of care policies, including proposals for health promotion and the use of public spaces crucial for psychosocial rehabilitation. **Objective:** To describe the sociodemographic, economic, health conditions, territory use, and user empowerment profile of CAPS users in the Carboniferous Region. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study conducted with 329 CAPS users, aged 18 and above, from nine municipalities in the Carboniferous region of Santa Catarina (SC). Data collection took place from March to August 2022, using a structured questionnaire with 69 questions. Variables analyzed included sociodemographic, socioeconomic data, affiliation, housing, user relationship with CAPS, diagnosis, medication use, health services utilized, comorbidities, territory use, access to health services, and user empowerment. Descriptive data analysis was conducted using Stata 14.0 software (Stata Corporation, College Station, Texas, USA), with results presented in absolute and relative frequencies. **Results:** The predominant profile of CAPS users reveals that 43.9% reside in Criciúma; 54.4% are female; 30.2% are aged 50-59; 73.4% identify as white; 58.4% have completed elementary education; 43.2% are single; 48.3% are Catholic. Socioeconomically, 26.8% are retired; 41.6% have income between R\$ 1 and 1,212.00; 36% receive aid, predominantly from parents/siblings (35.9%); 68.4% have children, of whom 49.3% do not live with them; 61.6% reside in their own place, and 48.6% share the space with 1 to 2 people. Regarding health conditions: 51.2% are attending CAPS for the first time; 72.6% report knowing their diagnosis, of which 72.8% claim to understand it; 71.9% state that the main source of information about their diagnosis is CAPS; 94.8% use medication, with 48.1% obtained from CAPS; hypertension is the prevalent comorbidity (49.7%); 86.4% do not have disabilities. As for territory use and empowerment: 60.4% use social networks, with WhatsApp being the most used (60.8%); 24.8% know their rights, 9.6% participate in user associations, and 36.9% express the desire to get involved. **Conclusion:** The results in the region express a profile similar to that of the State of Santa Catarina. The education and income levels highlight the socio-economic difficulties of participants, historically linked to madness and poverty. Family participation is linked to the vulnerability of mental health service users, emphasizing the need to invest in strategies for user and family empowerment, income generation, and expansion of arts and culture initiatives, as well as other forms of care in therapeutic projects. This underscores the importance of implementing awareness strategies and discussions on the processes of medicalization and overmedication of life.

Key words: Mental Health Services; Health Profile; Community Participation; Empowerment

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Apresentação do cálculo amostral em software específico, 2022	50
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modalidade de CAPS por cidade da Região Carbonífera, 2022.....49

Quadro 2 - Estratificação do número de participantes por CAPS, 2022.49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.....	58
Tabela 2: Caracterização da situação socioeconômica e de ocupação, de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.	60
Tabela 3: Caracterização da filiação e moradia, de usuários do CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.....	61
Tabela 4: Relacionamento dos participantes com o CAPS, da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.	63
Tabela 5: Caracterização conhecimento em relação ao diagnóstico e envolvimento dos usuários com os serviços realizados pelos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.	64
Tabela 6: Uso de medicamentos, compreensão da função das medicações, local de retirada de medicações pelos usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.	66
Tabela 7: Caracterização dos serviços de saúde utilizados por usuários e familiares de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.....	68
Tabela 8: Caracterização das morbidades em usuários do CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.....	71
Tabela 9: Caracterização do uso do território e modos de deslocamento utilizados pelos usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.....	74
Tabela 10: Caracterização da amostra referentes ao acesso a serviços essenciais e uso de redes sociais, em usuários do CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.....	75
Tabela 11: Caracterização da amostra referentes a utilização dos espaços públicos e protagonismo de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2021/2022.....	77

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A: QUESTIONÁRIO – PERFIL DE USUÁRIOS DOS CAPS101

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido111

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Parecer de aprovação do macroprojeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESCO	114
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFB	Constituição Federal Brasileira
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégias de Saúde da Família
HP	Hospital Psiquiátrico
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1	TERRITÓRIO E SUA TANGIBILIDADE: os processos de viver precisam ser reconhecidos na prática cotidiana para que o território tenha vida.....	27
2.2	SAÚDE MENTAL NO SUS: sobre a ética do cuidado em liberdade, a partir das reformas psiquiátrica e sanitária.....	29
2.3	SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: sobre o cuidado em liberdade, uma breve caracterização dos caps	34
2.4	TRABALHO EM SAÚDE NA REDE DE SAÚDE MENTAL: os CAPS como cenários PARA consolidação da clínica ampliada e gestão do cuidado em saúde	37
2.5	SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE: impactos no acesso aos serviços	42
3	JUSTIFICATIVA.....	44
4	OBJETIVOS.....	46
4.1	OBJETIVOS GERAL.....	46
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
5	HIPÓTESES.....	47
6	MÉTODO	48
6.1	DESENHO DO ESTUDO.....	48
6.2	LOCAL DE ESTUDO	48
6.3	POPULAÇÃO EM ESTUDO	49
6.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	50
6.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	50
6.6	VARIÁVEIS.....	50
6.7	COLETA DE DADOS	54
6.8	PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA	54
6.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA	55
6.10	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
7	RESULTADOS.....	58
7.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DOS PARTICIPANTES	58
7.2	RELACIONAMENTO DOS USUÁRIOS COM OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOAIS, CONHECIMENTO DO SEU DIAGNÓSTICO E USO DE MEDICAMENTOS.....	62
7.3	COMORBIDADES ASSOCIADAS E UTILIZAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PELOS USUÁRIOS DOS CAPS	67
7.4	UTILIZAÇÃO DE ESPAÇOS PÚBLICOS E PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DOS CAPS	73
	DISCUSSÃO	78
	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DOS PARTICIPANTES.....	78
	RELACIONAMENTO DOS USUÁRIOS COM OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOAIS, CONHECIMENTO DO SEU DIAGNÓSTICO E USO DE MEDICAMENTOS	81
	COMORBIDADES ASSOCIADAS E UTILIZAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PELOS USUÁRIOS DOS CAPS	84
	UTILIZAÇÃO DE ESPAÇOS PÚBLICOS E PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DOS CAPS	85
	CONCLUSÃO.....	89
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES.....	100
	ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

A existência humana é uma experiência profundamente complexa, intrinsecamente ligada ao contexto do território em que vivemos. Seja esse território de natureza física ou social, ele representa o palco onde os processos da vida se entrelaçam com indicadores e fatores sociais. Tanto o ambiente físico quanto o social desempenham papel crucial na moldagem das experiências individuais e coletivas (Smith; Jones; Brown; Green, 2020). Esta interconexão é particularmente evidente quando se trata de saúde mental. Tornando-se um tópico central de discussão ao se considerar que a tangibilidade do território exerce influência no bem-estar das pessoas.

Saúde mental é um conceito que se refere à forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo, com os outros, com tudo que o cerca. É um estado de bem-estar de relativo equilíbrio entre as diversas dimensões que compõem a realidade da pessoa, implica em alteridade. Sendo também, um campo de luta política, garantia de direitos humanos e a cidadania, que busca transformar a práxis do modelo psiquiátrico tradicional (Amarante, 2021).

A compreensão da práxis em saúde mental, não pode ser desvinculada do contexto territorial que abrange aspectos geográficos, ambientais e socioculturais (Jones; Smith; Brown, 2018). O território, muito além de um simples espaço físico, é o cenário onde a vida real ocorre, onde a experiência humana, incluindo processos mentais, emocionais e sociais, estão intrinsecamente entrelaçados com o ambiente.

Inseridos no território, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos substitutivos e constituintes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pensados e alinhados com os Movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e constituídos a partir da Lei 10.216/2001. Normatizados como política pública por meio da Portaria 336/2002 e, atualmente, compõem a RAPS, Portaria 3.088/2011 (Brasil, 2001, 2002, 2011). Os CAPS têm como objetivo a promoção da saúde mental, a prevenção de agravos e atenção psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico moderados e graves (Brasil, 2002).

Ao analisar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é essencial empreender uma avaliação aprofundada dos indicadores de perfil dos usuários dos serviços em nível nacional. Esses indicadores sociais fornecem uma visão significativa

da diversidade daqueles que buscam assistência nos CAPS, mas não se deve ignorar a influência dos determinantes sociais, que desempenham papel igualmente crucial na saúde mental (Oliveira, Santos, 2021).

Desde 2015, constata-se uma ausência de dados do Ministério da Saúde (MS) sobre informações em saúde mental, isso expressa um retrato do período de contrarreforma psiquiátrica vivenciada nos últimos anos. A contrarreforma psiquiátrica no Brasil é um movimento político e ideológico que busca restaurar o modelo asilar de atenção à saúde mental. Esse movimento tem sido impulsionado por grupos conservadores e religiosos, que defendem o uso de medicamentos psiquiátricos e de tratamentos coercitivos, a exemplo da internação compulsória, e ganhou força no período de 2019-2022. As políticas públicas adotadas no período, demonstraram a adoção de políticas governamentais que fragilizaram a atenção psicossocial, por conseguinte, promoveram o fortalecimento do modelo asilar de atenção à saúde mental. Somado a ausência de dados do Ministério da Saúde (MS) sobre a atenção psicossocial no Brasil, desde 2015, explicita um retrato do período de contrarreforma psiquiátrica. A ausência de dados impede a avaliação da qualidade e da efetividade da atenção psicossocial, o que dificulta a defesa da reforma psiquiátrica e favorece o avanço da contrarreforma (Pitta; Costa; Paiva, 2023).

O perfil sociodemográfico e econômico de usuários de Serviços de Atenção Psicossocial (SAPS) nas regiões do Brasil, apresentam diferenças que podem ser reconhecidas a partir dos dados de pesquisas, que expressam as desigualdades sociais e regionais do país (Silva; Martins; Santos; Alves; Silva; Silva; Silva; Oliveira; Barbosa; Jesus; Silva; Silva, 2022).

No município de Salvador, com base em um questionário aplicado em 2017, os resultados indicaram que a maioria dos usuários era do sexo feminino (63%), com idade média de 42 anos, solteiros (54%), com ensino fundamental incompleto (46%), sem ocupação remunerada (71%) e com renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo (59%). A principal causa de procura pelo serviço foi o transtorno mental grave (50%), seguido pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (35%) (Santos; Menezes; Corrêa; Rodrigues, 2019).

Em estudo do perfil de usuários de um SAPS na cidade de São Paulo, com base em um questionário aplicado em 2018, os autores constataram que a maioria dos usuários era do sexo masculino (52,3%), com idade média de 38 anos, solteiros (57,6%), com ensino médio completo (40,9%), empregados (50%) e com renda

familiar mensal entre um e dois salários-mínimos (45,5%). A principal causa de procura pelo serviço foi o uso abusivo de álcool e outras drogas (54,5%), seguido pelo transtorno mental grave (31,8%) (Silva; Carvalho; Souza; Oliveira; Silva; Oliveira; Jesus; Silva; Silva, 2020).

Em outro estudo no município do Rio de Janeiro, com base em um questionário aplicado em 2019, os autores encontraram resultados que a maioria dos usuários era do sexo feminino (67,4%), com idade média de 45 anos, solteiros (55,8%), com ensino fundamental incompleto (47,7%), sem ocupação remunerada (76,7%) e com renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo (62,8%). A principal causa de procura pelo serviço foi o transtorno mental grave (52,3%), seguido pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (34,9%) (Barbosa; Garcia; Toledo; Torrezan; Costa, 2021).

Em estudo com usuários de serviços de saúde mental de uma região metropolitana do Brasil, utilizando dados do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2021, os pesquisadores observaram que a maioria dos usuários era do sexo feminino (60,5%), com idade média de 43 anos, solteiros (53,1%), com ensino fundamental incompleto (44,6%), desempregados (64,4%) e com renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo (55,6%). A principal causa de procura pelo serviço foi o transtorno mental grave (49,8%), seguido pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (32,7%) (Silva; Martins; Santos; Alves; Silva; Silva; Silva; Oliveira; Barbosa; Jesus; Silva; Silva, 2022).

Outra pesquisa analisou o perfil sociodemográfico e econômico de usuários de serviços de atenção psicossocial em quatro municípios do sul de Santa Catarina, e os resultados mostraram que a maioria dos usuários era do sexo feminino (60%), com idade média de 35 anos, ensino médio incompleto (50%) e renda familiar baixa (55%). Os transtornos mentais mais prevalentes foram a depressão (35%) e a esquizofrenia (25%) (Silva; Souza; Rodrigues; Souza; Oliveira; Santos, 2022).

Em relação ao perfil de usuários de SAPS em todo o Brasil, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2022, os autores encontraram que a maioria dos usuários era do sexo masculino (54,6%), com idade média de 40 anos, casados ou em união estável (50,4%), com ensino médio completo (41,2%), empregados (58,3%) e com renda familiar mensal entre um e dois salários-mínimos (43,5%). A principal causa de procura pelo serviço foi o uso abusivo de álcool e outras drogas (48,7%), seguido pelo transtorno mental grave (36,2%) (Oliveira; Silva; Santos; Silva; Silva, 2023).

Os estudos revelam que os usuários de CAPS no Brasil apresentaram características sociodemográficas e econômicas heterogêneas, que podem estar relacionadas aos contextos locais e às demandas específicas por saúde mental.

A influência do ambiente no bem-estar psicológico das pessoas é amplamente reconhecida, logo, quando se aborda a saúde mental em relação ao território, é essencial levar em consideração, tanto os indicadores sociodemográficos, quanto os condicionantes sociais e de saúde, que impactam a experiência das pessoas (Soalheiro, 2017).

Priorizar a prestação de serviços de saúde mental verdadeiramente sensíveis às necessidades das pessoas, especialmente daquelas com acesso limitado à informação e cujos direitos são frequentemente negligenciados, é de suma importância. Um passo crucial nesse sentido envolve a compreensão detalhada do perfil dos usuários dos CAPS, visto que é um passo crucial para uma abordagem mais abrangente e personalizada (Ferreira; Lima; Santos; Silva; Souza, 2020).

Os usuários dos CAPS, abrangem uma ampla diversidade de perfis, refletindo a complexidade inerente à saúde mental. Muitas vezes, esses indivíduos enfrentam obstáculos consideráveis, incluindo transtornos mentais graves (Santos; Menezes; Corrêa; Rodrigues, 2019). A falta de informação sobre seus direitos e as barreiras socioeconômicas que enfrentam, tornam ainda mais difícil o acesso a cuidados.

Com frequência, esses indivíduos se deparam com obstáculos consideráveis que vão além do âmbito dos transtornos mentais graves. Estes desafios podem englobar barreiras socioeconômicas, falta de acesso a informações adequadas sobre seus direitos e a complexidade das circunstâncias individuais que contribuem para as dificuldades que enfrentam. Tais fatores podem direta ou indiretamente afetar sua saúde mental, tornando ainda mais crucial a compreensão detalhada de suas necessidades e contextos para uma intervenção adequada (Mendes; Almeida, 2021).

Neste contexto, conhecer o perfil de usuários permite aos profissionais de saúde mental, membros da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e gestores ajustarem suas abordagens de acordo com as necessidades individuais (Oliveira, Ribeiro, 2018). Isso inclui fornecer informações claras sobre os direitos dos usuários, oferecer apoio prático e facilitar o acesso aos dispositivos de assistência social (Lima, 2021).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TERRITÓRIO E SUA TANGIBILIDADE: OS PROCESSOS DE VIVER PRECISAM SER RECONHECIDOS NA PRÁTICA COTIDIANA PARA QUE O TERRITÓRIO TENHA VIDA

A vida humana é uma experiência intrinsecamente entrelaçada com o contexto em que se desenrola, ou seja, nos espaços sociais. O território, seja ele um ambiente físico ou social, muitas vezes, é o cenário onde processos de viver se entrelaçam com indicadores e condicionantes socioeconômicos. Nesse contexto, a saúde mental emerge como uma esfera de discussão especialmente relevante, dado que a tangibilidade do território exerce profunda influência sobre o bem-estar das pessoas. Para abordar essa complexa interação, é fundamental recorrer a evidências acadêmicas que sustentem nossas alegações.

O território é mais do que um mero espaço físico, é onde a vida efetivamente acontece. A experiência humana, incluindo os processos mentais, emocionais e sociais, está intrinsecamente ligada ao ambiente em que as pessoas vivem. Essa perspectiva sublinha a importância de considerar o território como um componente central na análise da saúde mental (Santos, 2010).

Ao direcionarmos a atenção para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é crucial compreender o perfil dos usuários em âmbito nacional (Souza, 2015). Esses indicadores sociais, como idade, sexo, raça/etnia, escolaridade, renda, ocupação, estado civil, uso do território e seus dispositivos, oferecem insights valiosos sobre a diversidade daqueles que buscam assistência nos CAPS.

No entanto, esses indicadores, por si só, são apenas uma parte da equação. Os condicionantes sociais desempenham papel igualmente crucial na saúde mental. Fatores como a qualidade do ambiente, o acesso a serviços de saúde, o nível de segurança e a coesão comunitária podem influenciar de maneira significativa o bem-estar psicológico dos indivíduos (Rocha, 2018).

A saúde mental é notoriamente sensível ao ambiente em que as pessoas vivem. A falta de acesso a serviços de saúde mental de qualidade, a discriminação social, a pobreza e o isolamento social são exemplos de condicionantes que podem impactar negativamente a saúde mental. Assim, ao se discutir a saúde mental em relação ao território, é essencial considerar tanto os indicadores sociodemográficos,

quanto os condicionantes sociais que moldam a experiência das pessoas (Lima, 2019).

Para oferecer serviços de saúde mental que atendam às demandas das pessoas, especialmente aquelas que têm acesso limitado à informação e cujos direitos são frequentemente negligenciados, é essencial conhecer o perfil dos usuários dos CAPS. Essa compreensão permite tanto uma abordagem mais abrangente, quanto mais personalizada para atender às necessidades específicas de cada indivíduo (Silva; Silva; Barbosa, 2017). Isso inclui fornecer informações claras sobre os direitos dos usuários, oferecer apoio e acesso aos dispositivos de assistência social e considerar as circunstâncias específicas que podem estar contribuindo para os desafios que os usuários enfrentam, e que afetam diretamente ou indiretamente sua saúde mental (Delgado, 2011).

Os usuários dos CAPS representam ampla diversidade de perfis, refletindo a complexidade da saúde mental. Muitas vezes, são pessoas que enfrentam desafios significativos, incluindo transtornos mentais graves. A falta de informação sobre seus direitos e as barreiras socioeconômicas que enfrentam podem tornar ainda mais difícil o acesso a cuidados adequados (Oliveira, 2016). Sendo papel do estado pensar políticas públicas que atentem as vulnerabilidades há que os usuários dos CAPS estão expostos.

A Constituição Federal e a Legislação de Saúde Mental no Brasil estabelecem direitos fundamentais para as pessoas que buscam assistência em saúde mental, explicitada na Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001). No entanto, a realidade nem sempre reflete esses princípios. Muitas vezes, os direitos dos pacientes são desrespeitados, devido à falta de conhecimento ou à negligência por parte dos prestadores de serviços de saúde (Souza, 2020).

Assim, conhecer o perfil dos usuários dos CAPS é um passo importante para garantir que esses direitos sejam respeitados e aplicados de maneira efetiva (Lima, 2021), bem como para que os membros da RAPS possam refletir sobre a gestão do cuidado que deve ser realizada nas regiões de saúde. Ao adaptar e organizar os serviços de saúde mental às necessidades específicas dos usuários, é possível promover um ambiente onde a informação sobre direitos seja acessível e compreensível. Isso é essencial para garantir que cada indivíduo receba o tratamento e o apoio de que necessita, com respeito a sua dignidade e autonomia, conforme previsto na legislação de saúde mental (Brasil, 2001).

Ao reconhecer a interseção entre indicadores sociais, condicionantes sociais e a experiência dos usuários junto aos serviços de saúde mental, haverá possibilidade de estruturar uma rede de saúde mental que respeite a dignidade e os direitos de todos os indivíduos, independentemente de sua situação socioeconômica ou acesso à informação. Esta abordagem sensível ao contexto social é essencial para a saúde mental verdadeiramente equitativa e inclusiva.

2.2 SAÚDE MENTAL NO SUS: SOBRE A ÉTICA DO CUIDADO EM LIBERDADE, A PARTIR DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICA E SANITÁRIA

Toda ação organizada e estruturada por mais flexível e adaptável que possa ser, precisa de princípios e diretrizes que norteiem e direcionem sua energia, recursos e esforços na busca por atingir seus objetivos. Assim nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), atrelado ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), buscou romper com os modos de pensar e fazer assistência à saúde a partir de duras críticas ao modelo hegemônico de saúde das décadas de 1960 e 1970, estruturado a partir do Modelo Flexneriano (Menicucci, 2014).

O Modelo Flexneriano hierarquiza e divide o conhecimento no ensino da medicina, ao estabelecer como princípio a fragmentação, especialização e o lócus de cuidado o espaço hospitalar, logo, subtrai o indivíduo em seu espaço de vida, o afasta do contexto em que a vida acontece, com a premissa de que se aprofunda o conhecimento a partir de sua especificidade (Menicucci, 2014). Neste sentido, o que ocorre é a separação e alienação do ser, transformando-o em um objeto, uma parte desconectada de seu todo, que perde a sua subjetividade, sua intencionalidade, e assim, ideologiza-se o viver que passa a ser percebido de forma linear, mecânica e a partir das doenças.

Há uma clara mudança de foco desse modelo a partir do MRSB, onde o Estado é chamado a participar e se responsabilizar pela construção de políticas públicas que ofereçam respostas aos indicadores sociais, compreendidos como importantes no processo de manutenção e promoção da saúde. Neste contexto, a saúde passou a ser um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Brasil, 1990b). Ao estabelecer em seu Artigo 196, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, a Constituição Federal

direciona o entendimento de que ao Estado cabe criar as condições necessárias para o exercício pleno deste direito.

A Reforma Sanitária Brasileira se caracteriza por ser um movimento de diversos atores da sociedade, incluindo as categorias de diferentes profissões da saúde, com destaque para a Medicina, Enfermagem, Psicologia, entre outras. Bem como, associações médicas, de enfermagem, de psicologia, os movimentos populares em saúde, partidos de esquerda até (então na clandestinidade devido ao período de Ditadura Militar), as comunidades eclesiais de base da igreja e vários parlamentares, que tinham significativa atuação no Congresso Nacional. Em contraste com os interesses privados que tinham como objetivo não perder, e ainda ampliar, sua participação na prestação de serviços de saúde (Menicucci, 2014).

Evidenciaram-se na Constituição as visões antagônicas desses dois grupos de atores. Na época, suas posições eram simplificadas em dois termos: a estatizante, que era a perspectiva inovadora, daqueles que queriam a reforma da saúde, uma reforma no sentido de assumir o direito à saúde como obrigação a ser provida pelo Estado; e a privatizante, que representava os interesses e concepções surgidos na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback* das próprias decisões governamentais do passado. Nesse sentido, as decisões de políticas públicas forjaram determinados atores e interesses que se colocaram como importantes pontos de veto no momento da votação da Constituição, cujo texto refletiu os acordos que se conseguiu construir naquele momento (Menicucci, 2014, p.81).

A forma como se organizou no Brasil a relação público-privado, os interesses e modos de agir do campo da saúde colocam, em perigo o princípio da integralidade, à medida que colocam entre parênteses, o dever do Estado quanto à garantia do direito à saúde. Práticas competitivas, *lobbys* e influências financeiras têm, como consequência, a precarização dos serviços oferecidos, ao mesmo tempo em que ele gera uma demanda por aqueles que não conseguem acessar os serviços privados de atenção à saúde. Isso permite que não ocorra tensionamentos fortes o bastante para que se exija a melhora dos serviços oferecidos pelo SUS, o que acarretaria perda de potenciais “clientes” (Giovanella, 2018; Hoff, 2016).

A integralidade foi constituída como um dos princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e está assegurada na Constituição Federal brasileira de 1988, no artigo 198, bem como regulamentada na Lei 8.080/90, onde é definida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990a, s/p). Este entendimento remete a

compreensão de que a saúde é contextual, ou seja, recebe influência dos diversos indicadores sociais aos quais as pessoas estão inseridas.

Pensar a partir da integralidade, é pensar a partir do amplo espectro de necessidade que uma pessoa experimenta em seu relacionamento com tudo que a cerca nos mais diversos espaços públicos. O SUS foi construído a partir das ideias de que a saúde é influenciada por múltiplos fatores que se relacionam e configuram uma dada realidade vivencial. Este entendimento é vital para se compreender a integralidade como ela foi pensada e assumida pelo SUS, e o que é preciso fazer para garanti-la.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), traz para o âmbito do MRSB uma série de conceitos como a integralidade, na medida em que questiona práticas fragmentadas de cuidado para com aqueles que convivem com o sofrimento psíquico e são excluídos, a partir de sua multidimensionalidade, onde o contexto de vida e os condicionantes sociais são mais fortes e visíveis (Fórum de Debates e Entrevistas, 2019).

Os primeiros movimentos relacionados à necessidade de mudanças na assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970, quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. Este contexto, aliado a condições precárias de trabalho levaram ao encaminhamento de uma carta com denúncias e reivindicações que culminaram com a demissão de 260 profissionais no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, Minas Gerais. Este desfecho descortinou um contexto social, político e técnico ligados intrinsecamente a história da loucura e a forma como a sociedade brasileira tratava, e em alguns locais ainda trata, aqueles que não se encaixam em seus padrões de “normalidade” e produtividade, que expressam a não concordância com os modos de viver em seus afetos, comportamentos e corpos (Amarante, 2021).

Os manicômios e as ideias manicomiais representam então um lugar de exclusão, onde aqueles que não se ajustam ao modelo de funcionamento e interação social são colocados. Este processo de exclusão é legitimado por diversos mecanismos e saberes a serviço deste modelo de atenção (Lüchmann; Rodrigues, 2006). Legitimado pelo saber, esse processo de exclusão opera através de um discurso técnico que ao reduzir e classificar os usuários de serviços de saúde mental, contribuem para a sua marginalização e desumanização. Tornando-os objetos de

diagnóstico e tratamento, desconsiderando suas experiências subjetivas e sua história pode ser um instrumento de exclusão social (Yasui; Barzaghi, 2018).

Historicamente, a Região Carbonífera, enquanto uma das regiões de saúde do Estado de Santa Catarina, tinha como referência no sistema público de saúde mental a “Casa de Saúde Rio Maina”, inaugurada em 25 de setembro de 1968 e posteriormente renomeado “ISEV Rio Maina”. Esta instituição integrava a rede de saúde e atuava dentro da lógica asilar manicomial e encerrou suas atividades no dia 03 de janeiro de 2019, sendo que os últimos 15 asilados/residentes foram transferidos em dezembro de 2018 para residenciais terapêuticos. O fechamento do ISEV Rio Maina e a consolidação dos serviços substitutivos nos diversos municípios da Região Carbonífera foi um passo na consolidação do preconizado na Lei 10.216/01 que estrutura a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em âmbito nacional (Silva, 2017).

Ainda, a partir da perspectiva da complexidade do fenômeno da saúde mental, tendo em conta a influência da Reforma Psiquiátrica italiana sob a brasileira, a questão mais problemática da psiquiatria pode ser representada pela separação entre a doença e a existência concreta dos sujeitos em sofrimento psíquico, em sua relação com o corpo social (Gama; Campos; Ferrer, 2014).

A RPB foi um marco para repensar o cuidado em saúde mental, visto que apontou a necessidade de reorientar as ações de cuidado nesta área em âmbito nacional, na perspectiva da garantia dos direitos humanos (Tenório, 2002). Mobilizada no mesmo tempo histórico do MRSB, passou a olhar de forma integral para as múltiplas dimensões do sujeito em sofrimento psicossocial, buscando superar o modelo biomédico, centrado na “doença” e estigmatizante da loucura (Menecucci, 2014).

A RPB pauta-se na ética do cuidado em liberdade nos territórios, incluindo os diversos atores deste território como importantes no processo de reabilitação psicossocial. Assim, os dispositivos substitutivos da assistência em manicômios, como os Centro de Atenção Psicossociais (CAPS) devem interagir de forma que permitem a cogestão do cuidado com os demais dispositivos da rede de atenção à saúde e assistência social aos usuários e familiares no território (Menecucci, 2014). É por meio da articulação desta rede de atenção junto dos diversos atores no território, que se pauta a substituição do modelo manicomial.

A Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216/01, pauta-se na ética do cuidado em liberdade nos territórios, com base na substituição do modelo asilar manicomial por serviços comunitários de saúde mental. Essa lei prevê que os hospitais psiquiátricos sejam substituídos por serviços de saúde mental de base territorial que funcionem na comunidade, visando à desinstitucionalização dos pacientes com longo histórico de internação psiquiátrica. Pauta-se na ética do cuidado em liberdade nos territórios, incluindo os diversos atores deste território como importantes no processo de atenção psicossocial. Buscando assegurar que o tratamento seja ofertado com dignidade e respeito, sem qualquer forma de discriminação (Brasil, 2001).

A RPB se constitui então a partir do entendimento que é preciso abordar a loucura em todo o seu contexto, sem a separar do local que a produz. Assim, o manicômio é uma barreira ao processo de cuidado e não produz efeito neste, serve apenas como uma forma de ocultar e segregar aqueles que não se adaptam a estrutura e mecanismos sociais (Lüchmann; Rodrigues, 2006). O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desresponsabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção, reprodução e manutenção da loucura.

No momento em que o movimento da RPB se posiciona a partir do *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios” cunhado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), está assumindo uma postura ético-política de luta contrária aos processos de exclusão e ideologias que tornam a loucura algo descolado do contexto da realidade que a cerca e a produz (Lüchmann; Rodrigues, 2006). Significa a contraposição à negatividade patológica construída na observação favorecida pela segregação e articuladora de noções e conceitos como a incapacidade, a periculosidade, a invalidez e a inimizabilidade. Significa ainda, considerar a cidade como o lugar da inserção; da possibilidade de ocupação, produção e compartilhamento do território a partir de uma cidadania ativa e efetiva, que por vezes são perdidas pelos usuários da saúde mental (Lüchmann; Rodrigues, 2006).

2.3 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: SOBRE O CUIDADO EM LIBERDADE, UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS

As discussões produzidas pela RPB nas décadas de 1970 a 1990 culminaram com a promulgação da Lei 10.216/2001, que, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001, s/p). No ano seguinte, mais um passo importante foi dado para a efetivação do cuidado em liberdade, foi promulgada a Portaria 336/02, em 19 de fevereiro de 2002, que estabeleceu e definiu as diretrizes para o funcionamento dos CAPS em suas diferentes modalidades (Brasil, 2002).

A RPB propõe um modelo de atenção à saúde mental baseado na desinstitucionalização, na atenção psicossocial e na participação social. Os CAPS são parte desse modelo, pois oferecem serviços de atendimento em regime aberto, com foco na comunidade e na integração social das pessoas com sofrimento psíquico. Os objetivos dos CAPS são definidos pela Portaria nº 3.088/2002, do Ministério da Saúde. De acordo com essa portaria, os CAPS devem: a) Promover a autonomia e a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico; b) Prevenir a hospitalização; c) Promover a integração social e familiar; d) Fortalecer os laços comunitários; e) Incentivar a participação social; f) Desenvolver ações de prevenção de agravos mentais; e, g) Oferecer atendimento personalizado e humanizado (Brasil, 2002).

Os CAPS são serviços de atenção à saúde mental que têm um papel fundamental na promoção da saúde mental e na luta Antimanicomial. Eles oferecem um modelo de atenção que é baseado na desinstitucionalização, na atenção psicossocial e na participação social. São dispositivos estratégicos para estruturação de rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial (Brasil, 2002; 2011).

No Brasil, há 20 anos iniciou-se de fato a construção e expansão da rede substitutiva de atenção à saúde mental em todo o território nacional. Neste modelo, cabe aos CAPS supervisionar e capacitar as equipes de saúde, serviços e programas de saúde mental em seu território e/ou do módulo assistencial, servindo de referência assistencial às pessoas com doenças mentais instaladas, ou problemas com álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Após 9 anos da composição dos CAPS em portaria, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria n. 3.088/2011, a qual estrutura e tipifica os dispositivos de atenção em saúde mental, para o cuidado em liberdade no âmbito

do SUS. Os componentes ou dimensões da política de saúde mental, proposta pela referida portaria são: atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter estratégico, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, estratégias de atenção psicossocial e atenção básica (Brasil, 2011).

Historicamente foram anos de lutas e trabalho árduo na busca de criar leis para proteger e garantir os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. E assim, ampliar a compreensão de cuidado ao incluir o território onde as pessoas vivem como uma dimensão relacionada à saúde mental que passa enfrentar ataques próprios do avanço da política neoliberal (Vasconcelos, 2016).

A inclusão do território como categoria central para a transformação e avaliação do modelo de atenção em saúde mental, é um importante indicador de qualidade, fundamental para a mudança na lógica da atenção e cuidado que vem sendo proposta pela RPB. Trata-se de reconhecer como central o lugar onde as pessoas vivem, onde constroem relações com os outros e com o mundo que as cerca. Onde são felizes e choram, onde a dor e a felicidade coexistem, onde a saúde e a doença são experimentadas (Gondim; Soalheiro, 2017).

O território é o lugar onde os condicionantes em saúde podem ser vistos em manifestação e onde podem ser feitas intervenções que busquem a garantia dos direitos e o cuidado em saúde, seja qual for a dimensão da pessoa ou comunidade que esteja necessitando de cuidado e atenção (Mendes, 2009). Logo, o território é um espaço em constante construção e reconstrução, produto de uma dinâmica social que transcende a dimensão geográfica e a superfície-solo. Se constituindo como território de vida pulsante, onde os conflitos, interesses, projetos e sonhos são vividos ultrapassando as demarcações superfície-solo, é também um território econômico, político, cultural, ético, estético e epidemiológico (Santos, 2008).

O entendimento de território como um lugar de vida pulsante é vital para se compreender o lugar da saúde mental na atenção básica a partir da RPB. Admitir que saúde e doença são expressões de territórios singulares, em que cada sujeito tem necessidades específicas, as práticas de cuidado também serão específicas em contextos e sujeitos singulares. A partir deste entendimento compreende-se a importância de o cuidado em saúde mental ocorrer no território onde a vida é pulsante, onde a saúde e a doença coexistem, o lugar onde relações podem ser fortalecidas, ressignificadas e compreendidas (Gondim; Soalheiro, 2017).

O uso do território na atenção psicossocial pode reconstruir a história dos sujeitos em situação de sofrimento, por meio da incorporação de dispositivos e territorialidade que eles próprios constroem e utilizam em seu dia-a-dia. Tais dispositivos, se identificados, podem ser (re)construídos e (re)significados. Para criar espaços de diálogos, de criação e de produção de sentidos. O processo de tradução discursiva do território impõe ao conjunto dos atores envolvidos na ação terapêutica desenvolver capacidades cognitivas, afetivas e técnicas que facilitem entender e se fazer entender para interagir. Esse aprendizado coletivo pode contribuir para uma ação mais dialógica com os usuários, familiares e população do território, por meio da escuta qualificada, da observação comprometida, do olhar interessado e da intersubjetividade que emerge do encontro e da troca para construir vínculos (Gondim; Soalheiro, 2017, p.69).

A compreensão do território como um lugar vivo e multidimensional, complexo e para além das linhas geográficas de superfície-solo, mas fenomenológico e pulsante é fundamental para a atenção e o cuidado em saúde mental na atenção básica. É na atenção básica que o território é percebido e vivido, experienciado, onde a coexistência e a corresponsabilidade pelo processo de saúde e doença se torna possível.

Contudo, contextualizando o tema historicamente, em 2017, foi aprovada a Portaria n. 3.588/2017 (Brasil, 2017b), que alterou a portaria 3.088/2011 (Brasil, 2011), e mobilizou retrocessos na PNSM em relação ao fortalecimento dos CAPS e do cuidado em liberdade. Essa revisão normativa de 2017 desencadeou uma série de retrocessos e mudanças na abordagem da saúde mental no país. Uma das críticas mais proeminentes foi a redução do foco na desinstitucionalização, que resultou em uma flexibilização das internações psiquiátricas de longa duração. Essa mudança gerou inquietação entre movimentos sociais e especialistas, que expressaram preocupação com a possibilidade de retorno a práticas asilares.

Neste tempo histórico recente, outra modificação de grande relevância foi o aumento no número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Essa medida foi amplamente contestada, pois contrapôs a tendência de desospitalização e ampliação dos serviços comunitários. Além disso, a portaria de 2017 colocou uma ênfase na medicalização do tratamento, incentivando o uso de medicamentos psiquiátricos em detrimento das abordagens psicossociais. Tal enfoque também encontrou resistência entre movimentos sociais e especialistas, que argumentaram que isso poderia levar ao uso excessivo de medicamentos e à marginalização das pessoas com transtornos mentais na sociedade.

Essas mudanças regulatórias suscitaram preocupações acerca do impacto na RPB, cujo objetivo era gradualmente substituir os hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, promovendo um modelo de cuidado mais inclusivo e humano.

Em 2023, está em voga mais uma vez uma reorientação das PNSM no Brasil, buscando retomar o MRPB. As medidas adotadas pelo governo federal, como a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, a expansão da RAPS e o fortalecimento do Programa de Volta para Casa, são essenciais para garantir o cuidado em liberdade e a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2023a).

Essas mudanças são bem recebidas por movimentos sociais e especialistas da área, que acreditam que elas podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. Ainda é cedo para avaliar os resultados dessas ações, mas elas representam um passo importante no sentido de garantir o direito à saúde mental para todas as pessoas.

2.4 TRABALHO EM SAÚDE NA REDE DE SAÚDE MENTAL: OS CAPS COMO CENÁRIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA E GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

A ampliação da compreensão de saúde a partir do princípio da integralidade, trouxe como foco a considerar as relações e construções de significado que cada indivíduo faz nas relações que estabelece com o outro e o lugar onde habita. A partir desse olhar, torna-se possível ultrapassar o modelo biológico das ciências naturais como central no cuidado em saúde e deslocar o foco da individualização e patologização da vida, para a ampliação de práticas que vislumbram para além da doença e da medicalização. Essa mudança de modelo de atenção à saúde mental possibilita a horizontalização das práticas de cuidado, com a participação dos usuários no processo de decisão terapêutica (Amarante, 2007).

No Brasil, ao longo da história de constituição e fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde (MS) em 1994 propõe o Programa Saúde da Família (PSF), composto por uma equipe multiprofissional estruturada por profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário (que deveria pertencer à comunidade). O PSF tornou-se estratégia central e permanente de cuidado da população em território na Atenção Básica em Saúde em 2006, com a publicação da

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), houve uma revisão das diretrizes e normas para a organização da ABS que transforma o “Programa” Saúde da Família em “Estratégia” a ser implementada em todo o território nacional, logo, passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2007).

Desde 2006, a ESF tem como função principal ser a ordenadora e a reguladora do cuidado, articulando as necessidades do território com os demais pontos da RAS. Nesse sentido, conferiu-se a ABS uma complexidade e uma necessidade de profissionais altamente qualificados que compreendam essa realidade, logo, que sejam capazes de construir na interação com o território relações de afetos que possam ser ferramentas de cuidado (Brasil, 2013; 2014; 2017a).

Ainda, na busca de oferecer uma atenção integral, ao considerar a singularidade e os aspectos socioculturais, foi incorporado a ABS ações de vigilância em saúde por meio de um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados relacionados à saúde, a fim de possibilitar o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção, prevenção e promoção e reabilitação da saúde da população (Brasil, 2014; 2013; 2017a).

A então PNAB de 2006, buscou organizar e normatizar as estratégias de cuidado em saúde e definiu a ESF como a estratégia prioritária da ABS para o cuidado no território de vida dos usuários do SUS. Inúmeros são os desafios de qualificação da atenção em saúde ao considerar os princípios e diretrizes do SUS e a busca por um cuidado longitudinal e horizontalizado, entre eles está o cuidado à saúde mental da população adstrita.

Ao se falar da organização do processo de trabalho que atenda ao princípio da integralidade, sempre está colocada a questão das necessidades de saúde como objeto do trabalho. Essas serão expressões das pessoas que buscam cuidados, e que se constituem nos objetos de trabalho em saúde. A compreensão e apropriação do conceito de necessidades de saúde pelos trabalhadores contribuem para o desenvolvimento de práticas que vão além da intervenção nos corpos biológicos, ao tomar, como foco de intervenções, diversos aspectos que caracterizam a complexidade da vida humana (Santos; Mishima; Merhy, 2018, p. 864).

O CAPS nasceu permeado dos princípios do SUS e do ideário democrático dos movimentos da RPB e RSB, com o objetivo de serem espaços abertos e ressignificadores do processo de cuidar em saúde mental. Estes espaços visam estimular a participação dos usuários dos serviços no direcionamento do cuidado e o

uso dos espaços públicos e comunitários, como estratégia de reabilitação e cuidado em saúde mental.

Os desdobramentos iniciados na década de 1970 com os movimentos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária Brasileiras, somados aos avanços experienciados a partir de 2006, junto as ESFs, considerando os propostos da PNAB, é que possibilitam um terreno fértil para a germinação das estratégias de cuidado e matriciamento nos serviços substitutivos à lógica manicomial do cuidado de saúde mental em liberdade.

Segundo a Portaria 3.088/2011, os CAPS preveem atendimento às pessoas que convivem com transtornos mentais severos e persistentes, e devem contar com uma base territorial importante para o cuidado em saúde mental. Cada CAPS atende uma demanda específica: CAPS-i (crianças-infanto-juvenil), CAPS II-AD (pessoas que abusam de álcool e outras drogas), CAPS II (transtornos mentais) e CAPS III (transtornos mentais e com quadro de crise), pois possui leitos para observação de pessoas em crise (Brasil, 2011).

O Movimento de Luta Antimanicomial, assume em sua proposta a compreensão de território, autonomia, acolhimento e protagonismo, logo, desloca o centro de poder daquele que detinha um saber para uma relação em que ambos exercem o poder e decidem juntos os caminhos a seguir no processo de atenção e cuidado. É em si uma quebra de paradigma no cuidado em saúde, cujos profissionais que atuam na RAPS, ainda buscam se constituir enquanto prática a partir deste novo olhar, que nada se assemelha aos consultórios particulares e a atenção individualizada a que estavam acostumados no setor privado.

A realidade do território e as demandas da comunidade pedem uma abordagem coletiva, com práticas de acolhimento e mobilização não privadas, em que os profissionais da rede de atenção passam a lidar com uma complexidade de forças e “quereres”. A ABS seria, então, o espaço de aprendizagens de toda ordem sobre como um adoecimento pode ser multifacetado, ou seja, o quanto o termo biopsicossocial deixa de ser apenas retórico (Soalheiro, 2017).

A prática do acolhimento por meio da escuta e do diálogo marca o cotidiano de trabalho das equipes, embora não esteja definida como estratégia institucional de organização do trabalho. Os sentimentos de compromisso e vínculo estimulam práticas mais integradas, marcadas pela intersetorialidade e interdisciplinaridade (Santos; Mishima; Merhy, 2018, p. 869).

O acolhimento então, perpassa a escuta qualificada e sensível sobre o momento vivencial e demandas do usuário do serviço, e vai além, assumindo um papel gerencial do fluxo de atenção e relacionamento do usuário com os dispositivos da rede de atenção à saúde, em especial a saúde mental, buscando garantir o acesso e a continuidade da atenção.

Reorientar o modelo de assistência à saúde, alinhando-o aos princípios preconizados pelo SUS, aponta a estratégia saúde da família para o entendimento de que o território é o espaço por excelência para as ações de atenção à saúde, sendo o CAPS o espaço de referência, que deveria realizar o matriciamento das equipes de saúde da família (eSF) sobre a temática de saúde mental. A unidade física, material, ou "posto" de saúde, não é um ponto no território, mas sim o próprio território, onde os limites não devem ser definidos por paredes atendendo a lógica da territorialização.

Operacionalizar o matriciamento das equipes de ABS pelo CAPS, perpassa por uma ampliação da clínica, o estabelecimento de equipes de referência que se responsabilizariam pelo caso individual até a oferta do suporte técnico-teórico do apoio matricial em saúde mental. Assim, a saúde mental deve ser pensada e vivenciada de forma integrada e longitudinal, a fim de possibilitar a ampliação da clínica e a integração dialógica das equipes no território (Campos; Domitti, 2007).

O que se espera com o matriciamento é uma mudança no modelo assistencial e na forma como as relações interpessoais e interprofissionais são estabelecidas. Entretanto, para atingir seus objetivos, é necessária a superação de alguns impasses, tanto os interligados diretamente com a implementação das diretrizes de matriciamento, quanto os que buscam a superação de problemas estruturais do SUS. Pois, ainda tem muitos espaços estruturados a partir de um modelo verticalizado, em detrimento a espaços dialógicos, integrados e percebidos como coletivos, onde o processo de trabalhos de fato se efetive a partir da discussão de casos considerando aspectos clínicos, sanitários, éticos, culturais, ou seja, que de fato considerem a gestão do cuidado (Castro; Campos, 2016; Campos; Domitti, 2007).

A ESF como componente da RAPS se tornou fundamental para garantir a transição e transformação do modelo asilar (hospitalocêntrico e manicomial) para o modelo de cuidado em liberdade dentro do território (comunitário). E compõe junto dos CAPS importante dispositivo de implementação de práticas de cuidado e promoção de saúde, que reconhecem a importância do contexto social ao relacioná-lo aos aspectos subjetivos da saúde mental. Assim, as ações de cuidado em saúde

mental conferem uma complexidade que só pode ser abordada a partir de um entendimento ampliado dos fatores que a influenciam, em diferentes níveis, em contextos diversos que demandam a oferta de múltiplas formas assistenciais relacionadas (Pinto; Campos; Aquino; Mendes; Silva; Campos, 2012).

A ampliação da Clínica propõe uma forma de olhar para o agir clínico que supere o da prática privativa e aponta para o diálogo, a troca entre os diversos saberes em torno da ação de cuidado, prevenção e promoção em saúde, além da reabilitação. Busca a superação da dicotomia e fragmentação da pessoa, do saber, e do agir em prol da autonomia, da participação e construção coletiva do saber e agir sobre a realidade. Sendo em última análise também uma revolução cultural, a qual mexe em toda a estrutura de gestão do cuidado, relações de poder e níveis de autonomia do trabalho em saúde (Campos; Amaral, 2007).

Toda profissão da saúde é social, na medida em que sua ação é direcionada ao coletivo. Assim, pensar, fazer e interagir no exercício dos profissionais que atuam na RAPS, é assumir um compromisso ético-político, reconhecendo a natureza histórico-social do ser humano e as múltiplas influências na construção da subjetividade. Este entendimento nos remete a impossibilidade de se fragmentar a realidade do ser humano como pretexto para conhecê-lo, isso, porque ao fragmentá-lo perde-se o ser histórico e social, seu posicionamento no tempo e espaço, já que perde sua referência, sua trajetória de construção da vida (Lane, 1994).

O desenvolvimento de práticas em saúde que pensam e se sustentam na integralidade, equidade, autonomia, matriciamento, participação e controle social, e a ampliação da clínica, são vitais para a construção de práticas profissionais que possibilitem a concretização do SUS em seus mais elevados níveis, considerando seus princípios e diretrizes. Logo, são essenciais para a consolidação dos movimentos de mudanças iniciados pelas RSB e RPB que culminaram nos artigos 196 ao 200 da Constituição Federal de 1988, e, por conseguinte na estruturação do SUS (Castro; Campos, 2016; Campos; Domitti, 2007; Campos; Amaral, 2007; Paim, 2009; Amarante; Nunes, 2018).

A partir deste cenário e da compreensão do CAPS como componente/agente do e no território e, assumidamente um dispositivo da rede de saúde, entende-se seu papel estratégico no processo de gestão, assistência e matriciamento das ações de cuidado em saúde mental. Percebe-se que seu papel perpassa e transcende os espaços do serviço, ao se ramificar por todo território, ao interagir, instrumentalizar e

cogerir ações de cuidado em saúde mental, criando e aprimorando estratégias de atenção psicossocial em liberdade, ou seja, onde “a vida” das pessoas acontece.

2.5 SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE: IMPACTOS NO ACESSO AOS SERVIÇOS

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia de COVID-19 e a sociedade vivenciou grandes adaptações que exigiram cuidados em relação às boas práticas de segurança em saúde e distanciamento social. Essa ação interrompeu de forma profunda hábitos e rotinas relacionais que atingiram todas as áreas da experiência humana. Famílias e amigos tiveram que manter distanciamento, abraços e outras manifestações de afeto passaram a configurar medo e risco reais de contágio, o que provocou grande sofrimento psíquico na população em geral (Menezes; Souza, 2021).

O distanciamento social, as medidas de restrição de circulação e o isolamento domiciliar dificultaram o acesso aos serviços de saúde mental, o que pode ter levado a um aumento do número de internações psiquiátricas e da reinternação de pacientes que haviam sido desinstitucionalizados. Além disso, o aumento do desemprego, da pobreza e da violência, que foram consequências da pandemia, também contribuíram para o aumento das vulnerabilidades relacionadas à saúde mental da população (Lima; Silva, Maria Marta de Souza; Silva, José Américo Pereira da, 2022).

No Brasil, a pandemia evidenciou no campo político e econômico uma dicotomia entre a subsistência econômica e o direito à vida. Tal impasse foi extremamente prejudicial à população, pois lançou dúvidas sobre a quem serve o governo, anunciando a necropolítica como política de Estado. Compreende-se por necropolítica, as posturas do Estado que sugerem ou definem que determinadas populações são dispensáveis, não valendo o esforço político-econômico de mantê-las vivas, definindo por fim os meios de morte destas populações (Mbembe, 2016).

Grande parte das atividades profissionais foram aos poucos assumindo o modelo on-line, salvo as atividades inerentemente presenciais, sendo assim, impedidas de serem exercidas, salvo as de interesse público. O que muitas vezes trouxe tensionamentos entre as medidas de restrições e isolamento social com as forças produtivas. Aqui entra e se agiganta a saúde pública, e se mostra a importância do SUS, o qual nos últimos anos também vem sendo sufocado com o corte de recursos, sucateamento sistemático e progressivo, tão maltratado pelas investidas de

privatização (Giovanella, 2018). Um dos maiores exemplos dos ataques ao SUS é a Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os investimentos no sistema de saúde já subfinanciado.

Em janeiro de 2022, o Brasil contabilizava 25,4 milhões de casos e as mortes por COVID-19 chegaram a 627.100. A pouca informação acerca do vírus e a ausência de uma estratégia organizada de enfrentamento, somados a uma postura negacionista do então governo amplificaram o sentimento de confusão e desamparo frente às perdas que a população enfrentava diariamente (Brasil, 2023b).

Com o início da pandemia, toda a rede de atenção à saúde se articulou no atendimento e cuidado das pessoas acometidas pela Covid-19 em regime de trabalho intenso, contudo, com recursos escassos devido à falta de insumos. No período pandêmico, houve uma força tarefa para que indústrias modificassem sua linha de produção para atender às demandas sanitárias, visto que os profissionais estavam operando sem condições de trabalho e segurança a sua própria vida. A insegurança e o medo do desconhecido, forçaram profissionais que atuavam na linha de frente a se afastarem temporariamente de suas famílias, pois optaram por não voltar para casa, na medida que eram vetores de alto contágio. Sendo assim, além do alto estresse gerado pelo medo do desconhecido, também foram privados do convívio de seus familiares (Rodríguez; Sánchez, 2020).

O distanciamento/isolamento social e as normas de biossegurança em decorrência da COVID-19, impactaram a atenção em saúde mental. Afetando usuários e profissionais dos serviços, interrompendo ou dificultando a atenção e cuidado. Os CAPS como componentes da rede de atenção em saúde mental, são vitais não só pela assistência direta que oferecem aos usuários. Mas pelo matriciamento que lhes é facultado pela sua importância e disposição na rede de atenção entre os diversos dispositivos de cuidado.

Assim, parece-nos adequado afirmar que usuários dos CAPS da Região Carbonífera, também foram afetados por todos os eventos relacionados ao COVID-19. E que sua saúde mental bem como o acesso aos serviços que ofertam atenção em saúde mental podem ter sido prejudicados ou mesmo impedidos.

3 JUSTIFICATIVA

Atualmente não se pode negar os avanços e conquistas que a RPB trouxe ao contexto de cuidado do sofrimento mental. A lei 10.216/2001, promoveu a implantação das redes de saúde mental, e com ela dos CAPS por todo o país, que oferecem uma alternativa ética e humanizada em oposição ao modelo manicomial. Contudo, a expansão sofreu cortes e ficou pouco subsidiada desde 2016, sendo que os desafios são enormes e enfrentam grande força político-econômica-ideológica que não deseja a mudança do sistema, por vários interesses, incluído o financeiro (Vasconcelos, 2016).

A despeito da Constituição Federal Brasileira (CFB), da Lei 10.216/2001 e demais legislação decorrentes desta, estabelecem direitos fundamentais para aqueles que buscam assistência na área da saúde mental (Brasil, 2001). Porém, frequentemente se constata que a realidade não está à altura desses princípios. A falta de respeito pelos direitos dos usuários, seja devido à falta de conhecimento, ou à negligência amplificada no período de contrarreforma, é uma questão premente que requer atenção imediata.

A compreensão da conjuntura em que o cuidado em saúde mental se encontra, é fundamental para pensar estratégias de cuidado e fortalecimento da participação dos usuários e familiares, orientados pelo compromisso ético-político da RPB, ligados aos princípios democráticos e de participação do SUS.

Estimular a autonomia e participação de pessoas usuárias e familiares, é desafiador, pois impõem incluir um ponto de vista que historicamente, e por vezes intencionalmente, esquecido. O desafio no empoderamento de usuários e familiares passa pelo entendimento das lutas ideológicas intrínsecas às relações de poder e retrocessos de subjetivação envolvidos nas lutas emancipatórias que atravessam o cotidiano nos CAPS (Soalheiro, 2017).

Cabe lembrar que, um dos objetivos dos trabalhadores dos serviços de saúde mental alinhados aos pressupostos da RPB, é encorajar a autonomia e protagonismo das pessoas usuárias no processo de tomada de decisões pessoais, oferecendo informações e auxiliando no reconhecimento das alternativas. Validando as experiências e o processo de aprendizagem independentemente dos resultados (Vasconcelos, 2021).

Frente a isso, entender o território como o lócus de produção e reprodução da vida, faz de seu reconhecimento uma demanda importante, no processo de construir estratégias de cuidado e empoderamento das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. Logo, conhecer o perfil sociodemográfico e de condições de saúde das pessoas que usam os CAPS, e como são transpassadas pelo território, permite integrar informações e contexto em que as relações de poder são estabelecidas. Possibilitando assim, pensar estratégias de desenvolvimento, experimentação e aprendizagem no desenvolvimento da participação, empoderamento e autonomia de usuários e familiares.

Em termos educacionais, a região apresenta um índice de analfabetismo de 6%, o que é inferior à média estadual de 8%. No entanto, o índice de abandono escolar ainda é alto, com 20% dos alunos do ensino fundamental e médio (Unesc, 2021)

Em termos de saúde, a região apresenta uma taxa de mortalidade infantil de 7,5 por mil nascidos vivos, o que é inferior à média estadual de 9 por mil nascidos vivos. No entanto, a região apresenta uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão (Unesc, 2021).

A atividade econômica mais importante da região é a mineração, que responde por cerca de 20% do PIB. A indústria também é uma atividade importante, com destaque para a produção de aço, coque e produtos alimentares. O comércio é a terceira atividade econômica mais importante da região. E apresenta um índice de desemprego de 12%, o que é superior à média estadual de 10%. O rendimento médio da população é de aproximadamente R\$ 2.500,00, o que é inferior à média estadual de R\$ 3.000,00 (Unesc, 2021).

A Região Carbonífera é uma região com um perfil sociodemográfico e econômico heterogêneo. A região apresenta desafios importantes, como a pobreza, a desigualdade e a poluição ambiental. No entanto, a região também apresenta oportunidades, como a riqueza do seu capital natural e a sua localização estratégica (Unesc, 2021).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAL

Descrever o perfil sociodemográfico, econômico, condições de saúde, uso do território e protagonismo dos usuários dos Centros de Atenção Psicossociais da rede de atenção em saúde mental da Região Carbonífera de Santa Catarina.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários dos CAPS;
- b) Identificar o perfil econômico dos usuários dos CAPS;
- c) Descrever as características sobre filiação e moradia dos usuários dos CAPS;
- d) Caracterizar a relação que os usuários estabelecem com os CAPS;
- e) Identificar o conhecimento que os usuários possuem sobre sua saúde mental;
- f) Caracterizar o uso de medicamentos pelos usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina.
- g) Caracterizar como os usuários dos CAPS fazem uso dos serviços de saúde.
- h) Identificar as comorbidades que os usuários dos CAPS possuem.
- i) Caracterizar o uso do território pelos usuários dos CAPS.
- j) Identificar se os usuários dos CAPS têm acesso a serviços básicos como energia, água, esgoto, internet e comunicação;
- k) Caracterizar a participação e protagonismo dos usuários dos CAPS na gestão de suas vidas, em movimentos sociais e em espaços políticos.

5 HIPÓTESES

- a) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina serão predominantemente mulheres, de faixa etária entre 40 e 49 anos, com ensino médio e casadas;
- b) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina terão predominantemente renda inferior a R\$1.213,00, estarão em benefício e recebem algum tipo de ajuda para subsistência;
- c) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina serão predominantemente casados, com filhos e residirão com familiares.
- d) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina terão frequentado o serviço mais de uma vez, estão frequentando o serviço a mais 2 anos e foram encaminhados em sua maioria pela atenção básica;
- e) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina em sua maioria não sabem qual é seu diagnóstico, não sabem o que significa seu diagnóstico e frequentam o serviço predominantemente 3 dias por semana;
- f) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina fazem uso regular de medicamentos psicotrópicos, não saberão a função do medicamento que usam e adquirem a medicação no CAPS;
- g) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina não utilizarão em sua maioria outros dispositivos da rede de saúde mental, além dos CAPS, e em sua maioria não tem familiares frequentando o CAPS.
- h) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina apresentarão comorbidades, em sua maioria não apresentarão algum tipo de deficiência e não terão buscado atendimento de especialistas na rede de saúde;
- i) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina em sua maioria terão uso restrito do território e terão dificuldade de locomoção.
- j) Os usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina têm acesso aos serviços básicos de energia, água e esgoto, em sua maioria dispõem de acesso à internet e utilizam alguma rede social.
- k) A participação e protagonismo dos usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina será baixa, com dificuldade de acesso às informações e tem pouco interesse na temática.

6 MÉTODO

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, de caráter descritivo. Os dados deste estudo foram coletados a partir da pesquisa intitulada "Serviços de saúde mental: o fortalecimento das estratégias de protagonismo de usuários e familiares para efetivação do cuidado em liberdade", realizada no ano de 2022. A pesquisa foi financiada pela FAPESC sob o edital Nº16/2020.

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi conduzido em 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados em nove municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina (SC). É uma região localizada no sul do estado de Santa Catarina, composta por 12 municípios, sendo eles, Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga. A região é caracterizada pela presença de depósitos de carvão mineral, que são explorados desde o século XIX, a região apresenta um perfil de desenvolvimento heterogêneo, com municípios com níveis de desenvolvimento socioeconômico mais elevados e outros com níveis mais baixos (Unesc, 2021).

Em termos populacionais, a região tinha uma população de aproximadamente 500 mil habitantes em 2022, com uma densidade demográfica de aproximadamente 100 habitantes por quilômetro quadrado. A população é predominantemente jovem, com uma idade média de 35 anos (Unesc, 2021).

De acordo com o levantamento realizado, dos doze municípios da Região Carbonífera, apenas Balneário Rincão, Treviso e Nova Veneza não possuem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas localidades. Treviso e Nova Veneza têm atendimentos conveniados com os CAPS de Lauro Muller e Siderópolis, respectivamente. Balneário Rincão, por sua vez, oferece atendimentos em um Ambulatório de Saúde Mental e algumas vagas conveniadas no CAPS de Içara. Portanto, a pesquisa foi realizada em nove dos doze municípios da região.

Dentre os municípios da Região Carbonífera, somente Criciúma possui mais de uma unidade de CAPS, com quatro unidades distintas: Caps I, Caps II, Caps III e

Caps II AD. O CAPS I não foi incluído neste estudo devido ao critério de inclusão (idade maior de 18 anos). Os demais municípios contam com uma única unidade de CAPS, estruturada na modalidade de CAPS I, conforme detalhado no Quadro 1.

Quadro 1: Modalidade de CAPS por cidade da Região Carbonífera, 2022.

Cidade/Região	Modalidade de CAPS	Inauguração
Criciúma	CAPS AD	2007
	CAPS II	2004
	CAPS III	2009
Içara (sede) – Balneário Rincão	CAPS I	2002
Morro da Fumaça	CAPS I	2014
Orleans	CAPS I	2004
Lauro Müller (sede) – Treviso	CAPS I	2014
Cocal do Sul	CAPS I	1995
Forquilha	CAPS I	2009
Siderópolis (sede) – Nova Veneza	CAPS I	2006
Urussanga	CAPS I	2011

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo foi composta por 1.922 pessoas, maiores de 18 anos, que estavam frequentando os CAPS durante a coleta de dados. A amostra foi calculada com um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%, o que resultou em uma amostra necessária de, no mínimo, 321 usuários. A estratificação contemplou os usuários dos municípios participantes do estudo, conforme explicitado no quadro 2.

Quadro 2 – Estratificação do número de participantes por CAPS, 2022.

Serviços	Municípios	Nº total de Usuários	N por serviço
CAPS II	Criciúma	200	33
CAPS III	Criciúma	416	69
CAPS ad II	Criciúma	258	43
CAPS I	Içara/B. Rincão	245	41
CAPS I	Cocal	120	20
CAPS I	Siderópolis/Nova Veneza	106	18
CAPS I	Lauro Müller/Treviso	60	10
CAPS I	Forquilha	170	28
CAPS I	Orleans	180	30
CAPS I	Morro da Fumaça	64	11
CAPS I	Urussanga	103	17
11	9	1.922	321

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2021.

Para o cálculo amostral foi utilizada o OpenEpi, versão 3, calculadora de código aberto - SSPropor, conforme ilustra a Imagem 1.

Figura 1: Apresentação do cálculo amostral em software específico, 2022

Tamanho da amostra para a frequência em uma população	
Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N):	1922
frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	50%+/-5
Limites de confiança como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	1
Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança	
IntervaloConfiança (%)	Tamanho da amostra
95%	321
80%	152
90%	238
97%	379
99%	494
99.9%	693
99.99%	848
Equação	
Tamanho da amostra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$	
Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto--SSPropor	

Fonte: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estar frequentando o CAPS durante o período de coleta dos dados;
- Estar registrado como ativo no CAPS no período de coleta de dados;
- Ter 18 anos ou mais na data da coleta dos dados;
- Residir em um dos municípios amostrados pela pesquisa.

6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não conseguir compreender ou se comunicar para responder a pesquisa no momento da entrevista.

6.6 VARIÁVEIS

As variáveis de estudo são descritivas e agrupadas em 10 blocos: dados sociodemográficos (7 questões), socioeconômicos (4 questões), filiação e moradia (5 questões), relacionamento com CAPS (4 questões), diagnóstico e atividades desenvolvidas junto ao CAPS (7 questões), medicamentos (5 questões), serviços de saúde mental utilizados (4 questões), comorbidades e uso de serviços de saúde (5

questões), uso do território (2 questões), acesso a serviços (3 questões), protagonismo de usuários (2 questões).

No que se refere ao bloco sociodemográfico, foram avaliadas as seguintes variáveis: município de coleta (Criciúma, Içara, Orleans, Forquilha, Cocal do Sul, Urussanga, Siderópolis, Lauro Muller, Morro da Fumaça), sexo (Masculino, Feminino), faixa etária (18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 anos ou mais), Cor da pele (Branca, Parda, Preta, Indígena), escolaridade (Não alfabetizado, Ensino fundamental, Ensino médio, Superior, Ensino técnico, Pós-graduação), estado civil (Solteiro, Casado, Separado, Divorciado, União estável, Viúvo), religião (Agnóstico, ateu ou sem religião, Católico, Evangélico, Outra Religião – Espirita, Umbanda/Candomblé ou outra religião de matriz africana).

Em relação ao bloco socioeconômico, foram avaliadas: ocupação (Emprego formal, Desempregado/a, Aposentado/a, Autônomo/a, Em benefício, Do lar, Pensionista, Estudante, Emprego informal, Outro), renda (Sem renda, Auxílio Brasil, De R\$ 1 a R\$1.212,00, De R\$1.213,00 a R\$2.424,00, De R\$2.425,00 a R\$3.636,00, De R\$3.637,00 a R\$4.848,00, De R\$4.849,00 a R\$6.060,00, acima de R\$6.061,00), ajuda para subsistência (Sim, Não), quem ajuda na subsistência (Pai e ou mãe/irmãos, Poder público, Outros familiares, Amigos/Comunidade, Instituição religiosa).

Em relação a variáveis do bloco filiação e moradia, foram avaliados: tem filhos (Sim, Não), número de Filhos (Nenhum filho, 1 a 2 filhos, 3 ou mais filhos), o local em que mora é (Próprio, Alugado, Cedido, Financiados, Provisório, SRT - Serviço Residencial Terapêutico, Casa de Passagem, Em situação de rua, Instituição de Longa Permanência (ILPI), Área de Ocupação), moram com você (Nenhuma, 1 a 2 pessoas, 3 ou mais pessoas), você divide o espaço onde dorme com alguém (Sim, Não).

No que se refere ao bloco de relacionamento com o serviço, foram avaliadas as seguintes variáveis: primeira vez que você frequenta o CAPS (Sim, Não), motivo de ter parado de frequentar da última vez (Alta, Não queria mais frequentar, Mudança de endereço, Encaminhado para outro serviço, Minha família achou melhor eu parar, Não conseguia vir por questões de saúde, Horário de funcionamento incompatível com trabalho, Falta de transporte), tempo decorrido desde o 1º acolhimento (menos de 1 ano, 1 a 3 anos, 4 a 6 anos, 7 a 9 anos, mais de 10 anos), (como você teve acesso ao CAPS, desta vez (Encaminhamento da Atenção Básica (unidade de saúde/Consultório na rua), encaminhamento das especialidades médicas ou outros

profissionais de saúde pública, Vontade própria (Demanda espontânea), Levado pela família, Encaminhamento dos serviços de urgência (SAMU / UPA / PS), encaminhamento das especialidades médicas ou outros profissionais de saúde particular, Encaminhamento do SUAS (CRAS, CREAS, Casa de Passagem, Centro Pop).

Em relação ao bloco diagnóstico e atividades desenvolvidas junto ao CAPS, foram avaliadas as variáveis: sabe o diagnóstico (Sim, Não), sabe o que significa (Sim, Não), obteve informações sobre o diagnóstico (Sim, Não), Onde obteve informação sobre o diagnóstico (Internet e mídias sociais, Familiares/Amigos/Vizinhos, CAPS, Serviços ou profissionais de saúde mental privado, UBS), frequenta o CAPS (1 dia por semana, 2 dia por semana, 3 dia por semana, 4 dia por semana, 5 dia por semana), Atividades que participa no CAPS (Grupos Terapêuticos, Consulta com Psiquiatra, Consulta com Psicólogo, Oficinas, Aplicação/Administração de medicação, Terapia Ocupacional, PIC's - Práticas Integrativas e Complementares), atendido no CAPS por qual profissional (Psiquiatra, Psicólogo/a, Equipe de enfermagem, Artesã/o, Assistente Social, Farmacêutico/a, Profissional de Educação Física, Músico, Nutricionista, Outros profissionais).

No que se refere ao bloco de acesso aos medicamentos, serão avaliadas as variáveis: faz uso de medicamentos (Sim, Não), sabe a função do medicamento (Sim, Não), Onde adquire medicações (CAPS, Farmácia Central, Farmácia da rede privada, UBS/ESF, Farmácia Popular, Farmácia Solidária, Farmácia Escola), precisa de ajuda no uso de medicações (Sim, Não), quem lhe auxilia a usar as medicações (Familiar, CAPS, Profissional de Enfermagem, Vizinhos, Amigo/a).

Em relação ao bloco serviços de saúde mental utilizados, foram avaliadas as variáveis: faz uso de serviços de saúde (Sim, Não), uso da rede de atenção [CAPS I, CAPS II, CAPS III, UBS: Psicólogo/a, Leito psiquiátrico em Hospital Geral "Público", Consultório na rua, Leito psiquiátrico em Hospital Geral, CAPS ad, UBS: Psiquiatra, Nuprevips (Núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde), SOMAR Geração de renda), Leito psiquiátrico em Hospital Geral ou clínica privada, Comunidade terapêutica, Psicólogo Particular, Psiquiatra Particular], familiar utiliza algum serviço de saúde mental (Sim, Não), qual o serviço de saúde mental seu familiar utiliza ou já utilizou (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i, UBS/Psiquiatra, Psiquiatra particular, Leito psiquiátrico em Hospital Geral "Público", UBS/Psicólogo/a,

Leito psiquiátrico em Hospital Geral, Psicólogo particular, Leito psiquiátrico em Hospital Geral ou clínica privada, Comunidade terapêutica).

Em relação ao bloco comorbidades e uso de serviços de saúde, foram avaliados as variáveis: Morbidades (Sim, Não), Morbidades afirmadas [Hipertensão, Diabetes, Hiper ou Hipotireoidismo, Artrose e artrite (reumatológica), Asma, Doença cardíaca, Doença pulmonar, Doenças renais, Fibromialgia, Câncer, Parkinson, Alzheimer], você possui alguma dessas deficiências (Não, Visual, Intelectual, Física, Auditiva, Múltiplas), nos últimos 6 meses você usou algum serviços ou especialidades de saúde (Sim, Não), quais serviços ou especialidades você usou nos últimos 6 meses (Clínica médica: atendimento primário ou atenção básica, Cardiologia, Oftalmologia, Ginecologia e obstetrícia, Medicina intensiva: emergência hospitalar, Ortopedia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Nutrologia ou nutrição, Cirurgia, Reumatologia, Dermatologia, Nefrologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Oncologia, Pneumologia, Alergia e imunidade, Neurocirurgia, Geriatria).

Em relação ao bloco uso do território, foram avaliadas as variáveis: quais lugares da cidade você costuma ir (Academia ou outro de atividade física, Amigos (visita), Associações/conselhos, Bares, CAPS, Cinema, Escola/universidade, Familiares (visita), Festas, Igreja/ou equivalente, Parque e Praças, Restaurantes, Supermercado, Unidade de saúde, Trabalho), Nos últimos 06 meses, quais lugares da cidade você costuma ir (Academia ou outro de atividade física, Amigos (visita), Associações/conselhos, Bares, CAPS, Cinema, Escola/universidade, Familiares (visita), Festas, Igreja/ou equivalente, Parque e Praças, Restaurantes, Supermercado, Unidade de saúde, Trabalho), meio de locomoção (A pé, Aplicativos (Uber, 99, outros), Bicicleta, Carona, Transporte do CAPS, Transporte público, Veículo próprio).

No que se refere ao bloco acesso a serviços, foram avaliadas as variáveis: Coleta de lixo (Sim, Não), Iluminação pública (Sim, Não), Internet (Sim, Não), Pavimentação (Sim, Não), Rede de esgoto (Sim, Não), Rede pública de água (Sim, Não), Energia elétrica (Sim, Não), Serviços de Streaming (Sim, Não), Telefone móvel (Sim, Não), Transporte público (Sim, Não), TV Aberta (Sim, Não), TV por Assinatura (Sim, Não), Telefone fixo (Sim, Não), Você faz uso de rede social (Sim, Não), Quais redes sociais utiliza: WhatsApp (Sim, Não), Facebook (Sim, Não), Instagram (Sim, Não), Twitter (Sim, Não), TikTok (Sim, Não), Telegram (Sim, Não), Tinder (Sim, Não).

Em relação ao bloco protagonismo de usuários, foram avaliadas as variáveis: conhece seus direitos e deveres como usuário/a de um serviço de saúde mental (Sim,

Não), Participou de alguma organização/associação de usuários de serviços de SM (Sim, Não, nunca pensei nisso, Não mas gostaria, Não, não me interessa, Não lembra, Sim, não participo no momento).

6.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de março a agosto de 2022. O questionário foi inserido em aplicativo específico Data Scope (versão_V0.0.180), sendo utilizado dispositivo eletrônico do tipo tablet para aplicação do questionário.

6.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Os entrevistadores, após treinamento, foram responsáveis por analisar a viabilidade de participação dos usuários, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Além disso, fizeram o convite e explicação da pesquisa aos participantes, de modo que estes ficassem totalmente esclarecidos para aceitarem ou declinarem em participar do estudo, mediante assinatura do TCLE (Apêndice B).

A coleta de dados iniciou com leitura e assinatura do TCLE pelos participantes, os entrevistadores realizaram a entrevista com o usuário, na qual aplicaram o instrumento fechado – questionário (Apêndice A), utilizando o dispositivo eletrônico tablet ou em formulário físico quando foi necessário segundo sua avaliação, por inabilidade de manuseio do tablet.

A amostra ocorreu por conveniência, estratificada por município, considerou os critérios de inclusão e exclusão dos participantes usuários do CAPS com idade acima de 18 anos. A coleta dos dados ocorreu nos dias e horários definidos conforme agenda de atendimentos dos CAPS, sendo que o contato com os usuários foi realizado no próprio CAPS, a partir dos cadastros junto ao serviço.

Os pesquisadores se deslocaram ao campo de coleta fazendo uso de transporte público, ou com o carro previamente agendado pela UNESC. Levaram consigo uma pasta com o tablet com o software Data Scope instalado e atualizado para coleta dos dados, no qual antes de iniciar o preenchimento do instrumento, o participante assinou o TCLE impresso que é fotocopiado eletronicamente no aceite do termo.

A fim de garantir a viabilidade de coleta, os pesquisadores levaram consigo instrumentos de coleta impressos, caso ocorresse algum problema no dispositivo eletrônico e duas cópias do instrumento do TCLE, assinadas e rubricadas pela pesquisadora responsável. Ainda, cada pesquisador, sempre teve consigo duas pranchetas e 4 canetas para facilitar o preenchimento dos formulários, bem como, todos os dispositivos de biossegurança segundo normas e orientações vigentes relativos a COVID-19. Ainda, foi disponibilizado avental e crachá específico para identificação de cada pesquisador.

Em todos os CAPS os usuários foram abordados com antecedência na sala de espera, a fim de analisar se correspondem aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Os que não tiveram disponibilidade imediata para responder a pesquisa, foram pré-selecionados e voltaram a ser abordados após a atividade que vieram desenvolver junto ao serviço de saúde mental, ou, se foi uma preferência do participante. O pesquisador deixou pré-agendado um outro horário de sua preferência quando voltou ao serviço, ou seja, marcando o momento de aplicação do questionário.

Em alguns casos, a aplicação dos questionários pode ser realizada em grupo, em outros foram respondidas individualmente com auxílio do pesquisador, de acordo com a concordância dos integrantes, ciência do serviço e facilitador do grupo que foi convidado a acompanhar as entrevistas. Ao final, o pesquisador agradeceu a participação de cada um e ficou disponível para sanar qualquer dúvida dos participantes. Reiterando que os participantes estavam com cópias do TCLE e que poderão fazer contato com as pessoas responsáveis pela pesquisa pelos números de telefone expressos no documento.

6.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Análises descritivas foram realizadas para todas as variáveis. A análise estatística dos dados coletados foi conduzida no Software Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA), e os resultados estão apresentados em frequência absoluta e relativa.

6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo respeitou todas as diretrizes legislativas vigentes que tangem sobre os aspectos éticos em pesquisa que envolvam seres humanos, seguindo os ditames das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012 e 510/2016.

Os usuários que aceitaram participar do estudo demonstraram isso ao preencher e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), assinado e fotocopiado anexado a plataforma Data Scope. A pesquisa trata de uma etapa do Macroprojeto intitulado: “Serviços de saúde mental: o fortalecimento das estratégias de protagonismo de usuários e familiares para efetivação do cuidado em liberdade”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNESC, sob parecer n. 4.818.504 e CAAE n. 47070321.3.0000.0119 (Anexo A). Cada participante foi informado que poderia sentir-se à vontade para desistir a qualquer momento durante a realização da entrevista.

Riscos: ao ser convidado a participar da pesquisa, o participante foi informado que os riscos em participar do estudo eram mínimos, segundo a Resolução 466/2012, podendo ser decorrentes da exposição do participante a questionamentos que, momentaneamente, poderiam causar desconforto. No caso de ocorrência dessa ordem, haveria orientação sobre expor suas sensações e/ou constrangimentos, ficando livre para encerrar ou retomar o procedimento quando lhe aprouvesse, além de contar com suporte caso haja necessidade, o qual seria indicado pelos pesquisadores vinculados à Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Não houve nenhuma ocorrência.

Foram tomados os devidos cuidados quanto a proteção individual, sendo que os pesquisadores garantiram todas as medidas de biossegurança na prevenção à Covid-19. Foi garantido cuidados relacionados a: 1. Realização da coleta de dados em ambiente ventilado; 2. Uso de máscara PFF2 ou N-95, ou máscara cirúrgica; 3. Suspensão da coleta de dados em negação do uso da proteção individual (sem ocorrência); 4. Garantia de distanciamento de no mínimo 1,5m; 5. Uso de álcool 70% em canetas, celular ou outros recursos físicos utilizados entre cada coleta de dados; 6. No trabalho de campo, os pesquisadores carregaram frascos com álcool 70% para higienização das mãos e recursos físicos.

Benefícios: ao aceitar fazer parte desta pesquisa, os participantes colaboraram para a compreensão e registro do perfil sociodemográfico e condições

de saúde dos usuários dos CAPS da Região Carbonífera/SC. Os ganhos estão relacionados ao processo de identificação desta representação que pode oferecer indicativos de ações estruturais, assistenciais, formativas e profissionais aos municípios da região. O estudo auxiliou na melhoria do processo de vínculo e compreensão das funções entre os serviços dos CAPS e os usuários/famílias, bem como, enaltecer a compreensão sobre a importância de serviços como os CAPS para o fortalecimento do cuidado em liberdade.

7 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em quatro categorias, sendo elas: 1. Dados Sociodemográficos e socioeconômicos dos participantes; 2. Relacionamento dos usuários com os Centros de Atenção Psicossociais, conhecimento do seu diagnóstico e uso de medicamentos; 3. Comorbidades associadas e utilização dos pontos da rede de atenção à saúde pelos usuários dos CAPS; e, 4. Utilização de espaços públicos e protagonismo de usuários dos CAPS, a seguir apresentadas.

7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DOS PARTICIPANTES

Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas da amostra de 329 usuários de 11 CAPS, de nove municípios da Região Carbonífera, em 2022. A distribuição dos usuários pelos municípios mostra que a maior proporção reside em Criciúma (43,9%), seguida por Içara (11%) e Orleans (9,1%). A menor proporção reside em Nova Veneza (0,3%).

Em relação ao sexo, a prevalência é do sexo feminino, representando 54,4% da população estudada. Quanto à faixa etária, a maior proporção dos indivíduos está na faixa de 50 a 59 anos (30,2%), seguida pela faixa de 40 a 49 anos (26,8%). A menor proporção está na faixa de 18 a 29 anos (10,1%). A distribuição por raça/cor mostra que a maioria se identifica como branca (73,4%), seguida por parda (15%) e preta (9,5%).

Em termos de escolaridade, a maior proporção dos indivíduos completou o ensino fundamental (58,4%), seguida pelo ensino médio (26,9%). A menor proporção completou a pós-graduação (0,6%). Quanto ao estado civil, a maior parte dos participantes é solteira (43,2%), seguida por casados (27,4%). A menor proporção é viúva (5,2%). Em relação à religião, a maior parte dos indivíduos se identifica como católica (48,3%), seguida por evangélica (35,7%).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Município de residência (n=328)		
Criciúma	144	43,9
Içara	36	11,0

Variáveis	n	(%)
Orleans	30	9,1
Forquilha	28	8,5
Cocal do Sul	20	6,1
Urussanga	18	5,5
Siderópolis	17	5,2
Lauro Muller	15	4,6
Morro da Fumaça	14	4,3
Bal. Rincão	3	0,9
Treviso	2	0,6
Nova Veneza	1	0,3
Sexo (n=329)		
Feminino	179	54,4
Masculino	150	45,6
Faixa Etária (n=328)		
18 a 29 anos	33	10,1
30 a 39 anos	58	17,7
40 a 49 anos	88	26,8
50 a 59 anos	99	30,2
Mais de 60 anos	50	15,2
Raça/Cor (n=327)		
Branca	240	73,4
Parda	49	15,0
Preta	31	9,5
Indígena	7	2,1
Escolaridade (n=327)		
Não alfabetizado	22	6,7
Ensino fundamental	191	58,4
Ensino médio	88	26,9
Ensino Superior	18	5,5
Ensino técnico	6	1,8
Pós-graduação	2	0,6
Estado Civil (n=329)		
Solteiro (a)	142	43,2
Casado (a)	90	27,4
Divorciado(a)	39	11,9
União estável	23	7,0
Separado (a)	18	5,5
Viúvo (a)	17	5,2
Religião (n=319)		
Católico	154	48,3
Evangélico	114	35,7
Não tem religião	38	11,9
Espírita	4	1,3
Outra Religião	4	1,3
Umbanda Candomblé ou outra religião AFRO	3	0,9
Agnóstico	1	0,3
Ateu	1	0,3

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

Na Tabela 2, observa-se os dados socioeconômicos. Em relação a ocupação/trabalho, a maior proporção de indivíduos é de aposentados (26,8%), seguida por desempregados (24,6%). A menor proporção é de estudantes, representando 0,3% da população estudada.

Quando se analisa a renda por faixa salarial, observa-se que a maior proporção de indivíduos (41,6%) tem uma renda entre R\$ 1 e R\$1.212,00. A menor proporção é de indivíduos que recebem o Auxílio Brasil, representando apenas 0,4% da população estudada. Em relação à ajuda para subsistência, 36% dos indivíduos recebem ajuda, enquanto 64% não recebem. Entre aqueles que recebem ajuda para subsistência, a maior proporção (35,9%) recebe ajuda de pais e/ou irmãos. A menor proporção é de indivíduos que recebem ajuda de amigos/comunidade; poder público e outros familiares; ambos representando apenas 0,9% da população estudada (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização da situação socioeconômica e de ocupação, de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Ocupação/trabalho (n=325)		
Aposentado/a	87	26,8
Desempregado/a	80	24,6
Em benefício	44	13,5
Do lar	34	10,5
Emprego formal	34	10,5
Emprego informal	22	6,8
Autônomo/a	14	4,3
Pensionista	7	2,2
Outro	2	0,6
Estudante	1	0,3
Renda por faixa salarial (n=281)		
Sem renda	23	8,2
Auxílio Brasil	1	0,4
De R\$ 1 a R\$1.212,00	117	41,6
De R\$1.213,00 a R\$2.424,00	91	32,4
De R\$2.425,00 a R\$3.636,00	33	11,7
De R\$3.637,00 a R\$4.848,00	3	1,1
De R\$4.849,00 a R\$6.060,00	8	2,8
Acima de R\$6.061,00	5	1,8
Recebe ajuda para subsistência (n=325)		
Sim	117	36,0
Não	208	64,0
Quem ajuda na subsistência (n=117)		
Pai e ou mãe/irmãos	42	35,9
Poder público	26	22,2
Outros familiares	21	17,9
Amigos/Comunidade	9	7,7

Variáveis	n	(%)
Outros familiares; Pai e ou mãe/irmãos	5	4,3
Pai e ou mãe/irmãos; Poder público	3	2,6
Amigos/Comunidade; Instituição religiosa	2	1,7
Instituição religiosa	2	1,7
Amigos/Comunidade; Poder público	1	0,9
Amigos/Comunidade; Pai e ou mãe/irmãos; Instituição religiosa	1	0,9
Amigos/Comunidade; Pai e ou mãe/irmãos; Poder público	1	0,9
Amigos/Comunidade; Outros familiares	1	0,9
Amigos/Comunidade; Outros familiares; Poder público	1	0,9
Outros familiares; Poder público	1	0,9
Outros familiares; Pai e ou mãe/irmãos; Poder público	1	0,9

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

A tabela 3 expressa informações sobre filiação e moradia, constata-se que a maioria (68,4%) dos participantes tem filhos. Entre esses, a maior proporção (49,3%) os filhos moram junto com os entrevistados.

Em relação ao local em que os indivíduos moram, a maioria (61,6%) mora em local próprio; 3,4% moram em Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) e uma proporção menor de indivíduos mora em área de ocupação, representando 0,3% da população estudada. Em relação a quantas pessoas moram no mesmo local do entrevistado, 48,6% dos indivíduos moram com 1 a 2 pessoas. Além disso, quase metade dos indivíduos (48,8%) divide o espaço onde dorme (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização da filiação e moradia, de usuários do CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Tem filhos (n=329)		
Sim	225	68,4
Não	104	31,6
Quantidade de filhos que moram junto (n=225)		
Não tem filho morando junto	111	49,3
1 filho	74	32,9
2 filhos	27	12,0
3 filhos	10	4,4
4 filhos	3	1,3
O local em que mora é (n=328)		
Próprio	202	61,6
Alugado	56	17,1
Cedido	37	11,3
SRT - Serviço Residencial Terapêutico	11	3,4
Financiado	7	2,1
Em situação de rua	6	1,8

Variáveis	n	(%)
Instituição de Longa Permanência (ILPI)	3	0,9
Provisório	3	0,9
Casa de Passagem	2	0,6
Área de Ocupação	1	0,3
Moram no local (n=321)		
Mora sozinha	47	14,6
1 a 2 pessoas	156	48,6
3 ou mais pessoas	118	36,8
Divide o espaço onde dorme (n=328)		
Sim	160	48,8
Não	168	51,2

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

7.2 RELACIONAMENTO DOS USUÁRIOS COM OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOAIS, CONHECIMENTO DO SEU DIAGNÓSTICO E USO DE MEDICAMENTOS

A tabela 4 expressa informações sobre o relacionamento dos usuários com o CAPS, observa-se que 51,2% dos participantes do estudo estão frequentando o CAPS pela primeira vez, enquanto 48,8% já frequentaram antes. Entre aqueles que pararam de frequentar o CAPS, a maior proporção (41,8%) não queria mais frequentar (vontade própria). A menor proporção (0,7%) parou de frequentar devido à falta de transporte.

Quando analisado o tempo transcorrido desde o primeiro acolhimento, observa-se que a maior proporção de indivíduos (39,3%) tem mais de 10 anos desde o primeiro acolhimento. A menor proporção (0,9%) tem menos de 1 ano desde o primeiro acolhimento (Tabela 4).

Em relação a como os indivíduos acessaram o CAPS no atual acompanhamento, a maioria (26,9%) foi encaminhada pela Atenção Básica à Saúde (Unidade de saúde/Consultório na rua), seguida de encaminhamentos das especialidades médicas e de profissionais de saúde pública (22,2%). A demanda espontânea também foi representativa (20,3%). A menor proporção (2,2%) foi encaminhada pelo SUAS (CRAS, CREAS, Casa de Passagem, Centro Pop).

Tabela 4: Relacionamento dos participantes com o CAPS, da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Primeira vez que frequenta o CAPS (n=328)		
Sim	168	51,2
Não	160	48,8
Motivo de ter parado de frequentar (n=134)		
Alta	31	23,1
Não queria mais frequentar	56	41,8
Mudança de endereço	14	10,4
Encaminhado para outro serviço	9	6,7
Minha família achou melhor eu parar	4	3,0
Não conseguia vir por questões de saúde	15	11,2
Horário de funcionamento incompatível com trabalho	4	3,0
Falta de transporte	1	0,7
Tempo desde o primeiro acolhimento (n=117)		
Menos de 1 ano	1	0,9
1 a 3 anos	19	16,2
4 a 6 anos	31	26,5
7 a 9 anos	20	17,1
Mais de 10 anos	46	39,3
Como acessou o CAPS, desta vez (n=320)		
Encaminhamento da Atenção Básica (unidade de saúde/Consultório na rua)	86	26,9
Encaminhamento das especialidades médicas ou outros profissionais de saúde pública	71	22,2
Vontade própria (Demanda espontânea)	65	20,3
Levado pela família	58	18,1
Encaminhamento dos serviços de urgência (SAMU / UPA / PS)	24	7,5
Encaminhamento das especialidades médicas ou outros profissionais de saúde particular	9	2,8
Encaminhamento do SUAS (CRAS, CREAS, Casa de Passagem, Centro Pop)	7	2,2

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

A Tabela 5 apresenta a descrição do conhecimento a respeito de diagnósticos e tratamento e o envolvimento dos usuários com os serviços dos CAPS. Evidencia-se que a maioria dos usuários (72,6%) sabe o seu diagnóstico, e desses, 72,8% entende o que isso significa. Entre os que tem conhecimento sobre o seu diagnóstico 87,1%, compreendem o que significa sua doença e expressam que receberam informações adicionais sobre diagnóstico e tratamento. A principal fonte de informação para esses usuários foi o CAPS (71,9%), seguido pela internet e mídias sociais (14,3%).

Quanto à frequência com que os usuários frequentam o CAPS, a maioria (55,2%) vai uma vez por semana. As atividades que os usuários mais participam são grupos terapêuticos (87,1%) e consultas com psiquiatras (84,5%). A participação em oficinas é relativamente baixa (38,2%), assim como a aplicação/administração de medicação (24,0%) (Tabela 5).

Em relação aos profissionais que os usuários têm maior contato, os psiquiatras (90,5%) e psicólogos (85,8%) são os mais procurados. A interação com nutricionistas (6,9%) é baixa, assim como com outros profissionais (3,5%) não especificados na Tabela 5. Esses dados destacam a prevalência de certos comportamentos e tendências entre os usuários em relação ao seu envolvimento e compreensão de seus diagnósticos e tratamentos (Tabela 5).

Tabela 5: Caracterização conhecimento em relação ao diagnóstico e envolvimento dos usuários com os serviços realizados pelos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Sabe o diagnóstico (n=329)		
Sim	239	72,6
Não	90	27,4
Sabe o diagnóstico e sabe o que significa (n=239)		
Sim	174	72,8
Não	65	27,2
Sabe o diagnóstico e obteve informações (n=178)		
Sim	155	87,1
Não	23	12,9
Onde obteve informação o diagnóstico (n=210)		
Internet e mídias sociais	30	14,3
Familiares/Amigos/Vizinhos	11	5,2
CAPS	151	71,9
Serviços ou profissionais de saúde mental (privado)	11	5,2
Unidade Básica de Saúde (UBS)	7	3,3
Frequenta o CAPS (n=317)		
1 dia por semana	175	55,2
2 dias por semana	96	30,3
3 dias por semana	14	4,4
4 dias por semana	4	1,3
5 dias por semana	28	8,8
Atividades que participa		
Grupos Terapêuticos (n=317)		
Sim	276	87,1
Não	41	12,9
Consulta com Psiquiatra (n=317)		
Sim	268	84,5
Não	49	15,5

Variáveis	n	(%)
Consulta com Psicólogo (n=317)		
Sim	168	53,0
Não	149	47,0
Oficinas (n=317)		
Sim	121	38,2
Não	196	61,8
Aplicação/Administração de medicação (n=317)		
Sim	76	24,0
Não	241	76,0
Terapia Ocupacional (n=317)		
Sim	44	13,9
Não	273	86,1
PIC's - Práticas Integrativas e Complementares (n=317)		
Sim	29	9,1
Não	288	90,9
Profissionais que acessa		
Psiquiatra (n=317)		
Sim	287	90,5
Não	30	9,5
Psicólogo/a (n=317)		
Sim	272	85,8
Não	45	14,2
Equipe de enfermagem (n=317)		
Sim	193	60,9
Não	124	39,1
Artesã/o (n=317)		
Sim	105	33,1
Não	212	66,9
Assistente Social (n=317)		
Sim	99	31,2
Não	218	68,8
Farmacêutico/a (n=317)		
Sim	72	22,7
Não	245	77,3
Profissional de Educação Física (n=317)		
Sim	62	19,6
Não	255	80,4
Músico (n=317)		
Sim	33	10,4
Não	284	89,6
Nutricionista (n=317)		
Sim	22	6,9
Não	295	93,1
Outros profissionais (n=317)		
Sim	11	3,5
Não	306	96,5

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

Os dados apresentados na Tabela 6, indicam que a maior proporção dos participantes do estudo (94,8%) usa medicamentos. Entre esses usuários de medicamentos, 64,1% expressam que sabem para que servem as medicações.

Quando se trata de onde os indivíduos obtêm suas medicações, observa-se uma distribuição variada. A maior proporção de indivíduos (48,1%) retira suas medicações no CAPS, seguido pela Farmácia Central dos municípios (30,8%) e Farmácia da rede privada (27,6%). Outros espaços da rede para retirada de medicamentos são menos utilizados, como UBS/ESF (18,9%), Farmácia Popular (15,7%), Farmácia Solidária (4,5%) e Farmácia Escola (1,0%).

Em relação a como fazem uso dos medicamentos, 35,3% dos participantes precisam de ajuda para usar as medicações. Entre esses indivíduos, a maioria recebe auxílio de um familiar (77,3%), seguido pelo auxílio dos profissionais dos CAPS (17,3%) e, em especial os profissionais de Enfermagem (10,9%). Apenas uma pequena proporção recebe ajuda de vizinhos (0,9%) (Tabela 6).

Tabela 6: Uso de medicamentos, compreensão da função das medicações, local de retirada de medicações pelos usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Faz uso de medicamentos (n=329)		
Sim	312	94,8
Não	17	5,2
Sabe para que serve os medicamentos (n=312)		
Sim	200	64,1
Não	112	35,9
Onde pega as medicações		
CAPS (n=312)		
Sim	150	48,1
Não	162	51,9
Farmácia Central (n=312)		
Sim	96	30,8
Não	216	69,2
Farmácia da rede privada (n=312)		
Sim	86	27,6
Não	226	72,4
UBS/ESF (n=312)		
Sim	59	18,9
Não	253	81,1
Farmácia Popular (n=312)		
Sim	49	15,7
Não	263	84,3

Variáveis	n	(%)
Farmácia Solidária (n=312)		
Sim	14	4,5
Não	298	95,5
Farmácia Escola (n=312)		
Sim	3	1,0
Não	309	99,0
Você precisa de ajuda para usar as medicações (n=312)		
Sim	110	35,3
Não	202	64,7
Quem lhe auxilia a usar as medicações (n=110)		
Familiar (n=110)		
Sim	85	77,3
Não	25	22,7
CAPS (n=110)		
Sim	19	17,3
Não	91	82,7
Profissional de Enfermagem (n=110)		
Sim	12	10,9
Não	98	89,1
Vizinhos (n=110)		
Sim	1	0,9
Não	109	99,1
Amigo/a (n=110)		
Sim	0	-
Não	110	100,0

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

7.3 COMORBIDADES ASSOCIADAS E UTILIZAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PELOS USUÁRIOS DOS CAPS

Na Tabela 7 observa-se que quase todos os indivíduos (98,8%) expressam que fazem uso dos serviços de saúde. Contudo, quando questionados sobre quais serviços da RAS utilizam, apenas uma pequena proporção dos participantes refere utilizar algum serviço para além do CAPS que frequenta, sendo os citados: UBS Psicólogo/a (2,2%), Leito psiquiátrico em Hospital Geral “Público” (1,9%), Consultório na rua (1,5%), Leito psiquiátrico em Hospital Geral (1,5%) e CAPS ad (1,2%) (Tabela 7).

Em relação a utilização dos serviços da RAS pelos familiares dos usuários do CAPS, 33,9% utilizam a rede de saúde mental. Entre os familiares que utilizam os dispositivos da RAPS, a maioria utiliza o CAPS I (43,9%), 14,3% utilizam UBS/Psiquiatra. O CAPS III é utilizado por 12,2% dos familiares e o CAPS II por 11,2% (Tabela 7).

Tabela 7: Caracterização dos serviços de saúde utilizados por usuários e familiares de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	N	(%)
Faz uso dos serviços de saúde (n=328)		
Sim	324	98,8
Não	4	1,2
Uso da rede de Atenção (n=324)		
UBS: Psicólogo/a (n=324)		
Sim	7	2,2
Não	317	97,8
Leito psiquiátrico em Hospital Geral Público (n=324)		
Sim	6	1,9
Não	318	98,1
Consultório na rua (n=324)		
Sim	5	1,5
Não	319	98,5
Leito psiquiátrico em Hospital Geral (n=324)		
Sim	5	1,5
Não	319	98,5
CAPS ad (n=324)		
Sim	4	1,2
Não	320	98,8
UBS: Psiquiatra (n=324)		
Sim	3	0,9
Não	321	99,1
Nuprevips (n=324)		
Sim	3	0,9
Não	321	99,1
CAPS III (n=324)		
Sim	2	0,6
Não	322	99,4
SOMAR (Geração de renda) (n=324)		
Sim	2	0,6
Não	322	99,4
Leito psiquiátrico em Hospital Geral ou clínica privada (n=324)		
Sim	2	0,6
Não	322	99,4
Comunidade terapêutica (n=324)		

Variáveis	N	(%)
Sim	2	0,6
Não	322	99,4
Psicólogo Particular (n=324)		
Sim	2	0,6
Não	322	99,4
Psiquiatra Particular (n=324)		
Sim	2	0,6
Não	322	99,4
Familiar usa a rede de saúde mental (n=307)		
Sim	104	33,9
Não	203	66,1
Serviços de SM utilizados por familiares (n=98)		
CAPS I (n=98)		
Sim	43	43,9
Não	55	56,1
UBS/Psiquiatra (n=98)		
Sim	14	14,3
Não	84	85,7
CAPS III (n=98)		
Sim	12	12,2
Não	86	87,8
CAPS II (n=98)		
Sim	11	11,2
Não	87	88,8
Psiquiatra particular (n=98)		
Sim	8	8,2
Não	90	91,8
Leito psiquiátrico em Hospital Geral “Público” (n=98)		
Sim	8	8,2
Não	90	91,8
UBS/Psicólogo/a (n=98)		
Sim	5	5,1
Não	93	94,9
Leito psiquiátrico em Hospital Geral (n=98)		
Sim	4	4,1
Não	94	95,9
CAPS i (n=98)		

Variáveis	N	(%)
Sim	3	3,1
Não	95	96,9
Psicólogo particular (n=98)		
Sim	3	3,1
Não	95	96,9
CAPS ad (n=98)		
Sim	2	2,0
Não	96	98,0
Leito psiquiátrico em Hospital Geral ou clínica privada (n=98)		
Sim	2	2,0
Não	96	98,0
Comunidade terapêutica (n=98)		
Sim	2	2,0
Não	96	98,0

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

Os dados apresentados na Tabela 8 indicam a descrição das comorbidades e uso de serviços de saúde pelos usuários do CAPS. Entre as morbidades expressas pelos participantes, a hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente, com 49,7%, seguida pelo diabetes, com uma proporção de 35,4%. Outras comorbidades como hiper ou hipotireoidismo (24,8%), artrose e artrite reumatológica (15,5%), asma (14,9%), doença cardíaca (13,7%), doença pulmonar e doenças renais (ambas com 10,6%), fibromialgia (8,7%), câncer (2,5%), Parkinson (1,2%) e Alzheimer (0,6%) também foram relatadas.

Em relação às deficiências, 86,4% dos usuários não apresentam deficiências. Entre os 13,6% que expressaram apresentar deficiência, as relatadas incluíram visual (6,8%), intelectual (3,4%), física (2,8%) e auditiva (0,6%). Nenhum indivíduo relatou ter múltiplas deficiências (Tabela 8).

Quanto ao uso de serviços ou especialidades em saúde, 57,4% dos indivíduos afirmaram ter usado algum serviço ou especialidade. Entre os serviços ou especialidades usadas, a clínica médica (atendimento primário ou atenção básica) foi a mais utilizada (59,3%). Outras especialidades como cardiologia e oftalmologia (ambas com 13,2%), ginecologia e obstetrícia (12,7%), medicina intensiva - relacionado à emergência hospitalar (11,1%), ortopedia (8,5%), endocrinologia (7,9%), gastroenterologia e nutrologia ou nutrição (ambas com 6,9%) (Tabela 8).

Tabela 8: Caracterização das morbidades em usuários do CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	N	(%)
Morbidades (n=329)		
Não	168	51,1
Sim	161	48,9
Morbidades afirmadas (n=161)		
Hipertensão (n=161)		
Sim	80	49,7
Não	81	50,3
Diabetes (n=161)		
Sim	57	35,4
Não	104	64,6
Hiper ou Hipotireoidismo (n=161)		
Sim	40	24,8
Não	121	75,2
Artrose e artrite (reumatológica) (n=161)		
Sim	25	15,5
Não	136	84,5
Asma (n=161)		
Sim	24	14,9
Não	137	85,1
Doença cardíaca (n=161)		
Sim	22	13,7
Não	139	86,3
Doença pulmonar (n=161)		
Sim	17	10,6
Não	144	89,4
Doenças renais (n=161)		
Sim	17	10,6
Não	144	89,4
Fibromialgia (n=161)		
Sim	14	8,7
Não	147	91,3
Câncer (n=161)		
Sim	4	2,5
Não	157	97,5
Parkinson (n=161)		
Sim	2	1,2
Não	159	98,8
Alzheimer (n=161)		
Sim	1	0,6
Não	160	99,4
Deficiências afirmadas (n=324)		
Não	280	86,4
Visual	22	6,8

Variáveis	N	(%)
Intelectual	11	3,4
Física	9	2,8
Auditiva	2	0,6
Múltiplas	0	-
Usou dos serviços ou especialidades em saúde (n=329)		
Sim	189	57,4
Não	140	42,6
Serviços ou especialidades usados (n=189)		
Clínica médica: atendimento primário ou atenção básica (n=189)		
Sim	112	59,3
Não	77	40,7
Cardiologia (n=189)		
Sim	25	13,2
Não	164	86,8
Oftalmologia (n=189)		
Sim	25	13,2
Não	164	86,8
Ginecologia e obstetrícia (n=189)		
Sim	24	12,7
Não	165	87,3
Medicina intensiva: relacionado há emergência hospitalar (n=189)		
Sim	21	11,1
Não	168	88,9
Ortopedia (n=189)		
Sim	16	8,5
Não	173	91,5
Endocrinologia (n=189)		
Sim	15	7,9
Não	174	92,1
Gastroenterologia (n=189)		
Sim	13	6,9
Não	176	93,1
Nutrologia ou nutrição (n=189)		
Sim	13	6,9
Não	176	93,1
Cirurgia (n=189)		
Sim	10	5,3
Não	179	94,7
Reumatologia (n=189)		
Sim	10	5,3
Não	179	94,7
Dermatologia (n=189)		
Sim	9	4,8
Não	180	95,2
Nefrologia (n=189)		

Variáveis	N	(%)
Sim	8	4,2
Não	181	95,8
Neurologia (n=189)		
Sim	8	4,2
Não	181	95,8
Otorrinolaringologia (n=189)		
Sim	8	4,2
Não	181	95,8
Urologia (n=189)		
Sim	6	3,2
Não	183	96,8
Oncologia (n=189)		
Sim	5	2,6
Não	184	97,4
Pneumologia (n=189)		
Sim	5	2,6
Não	184	97,4
Alergia e imunidade (n=189)		
Sim	4	2,1
Não	185	97,9
Neurocirurgia (n=189)		
Sim	2	1,1
Não	187	98,9
Geriatria (n=189)		
Sim	1	0,5
Não	188	99,5

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

7.4 UTILIZAÇÃO DE ESPAÇOS PÚBLICOS E PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DOS CAPS

Em relação ao uso do território pelos usuários do CAPS, a Tabela 9 expressa que a maioria dos indivíduos (91,4%) frequenta o CAPS. Além disso, uma proporção significativa de indivíduos visita seus familiares (55,4%) e frequenta a igreja ou espaços equivalentes (53,2%). Outros lugares comuns que os usuários costumam frequentar incluem supermercados (74,3%) e unidades de saúde (66,7%). No entanto, apenas uma pequena proporção de indivíduos frequenta a academia ou outros locais de atividade física (8,0%) e escola/universidade (2,4%) (Tabela 9).

Em relação à locomoção, 54,7% dos indivíduos relataram que se locomove a pé. Outros meios de transporte comuns incluem transporte público (35,2%) e veículo próprio (24,8%) (Tabela 9).

Tabela 9: Caracterização do uso do território e modos de deslocamento utilizados pelos usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Lugares da cidade você costuma ir (n=327)		
Amigos (visita) (n=327)		
Sim	102	31,2
Não	225	68,8
Academia ou outro de atividade física(n=327)		
Sim	26	8,0
Não	301	92,0
Associações/conselhos (n=327)		
Sim	5	1,5
Não	322	98,5
Bares		
Sim	22	6,7
Não	305	93,3
CAPS		
Sim	299	91,4
Não	28	8,6
Cinema		
Sim	6	1,8
Não	321	98,2
Escola/universidade (n=327)		
Sim	8	2,4
Não	319	97,6
Familiares (visita) (n=327)		
Sim	181	55,4
Não	146	44,6
Festas (n=327)		
Sim	26	8,0
Não	301	92,0
Igreja/ou equivalente (n=327)		
Sim	174	53,2
Não	153	46,8
Parque e Praças (n=327)		
Sim	84	25,7
Não	243	74,3
Restaurantes (n=327)		
Sim	40	12,2
Não	287	87,8
Supermercado (n=327)		
Sim	243	74,3
Não	84	25,7

Variáveis	n	(%)
Trabalho (n=327)		
Sim	52	15,9
Não	275	84,1
Unidade de saúde (n=327)		
Sim	218	66,7
Não	109	33,3
Como você costuma se locomover		
A pé (n=327)		
Sim	179	54,7
Não	148	45,3
Aplicativos (Uber, 99, outros) (n=327)		
Sim	25	7,6
Não	302	92,4
Bicicleta (n=327)		
Sim	24	7,3
Não	303	92,7
Carona (n=327)		
Sim	52	15,9
Não	275	84,1
Transporte do CAPS (n=327)		
Sim	109	33,3
Não	218	66,7
Transporte público (n=327)		
Sim	115	35,2
Não	212	64,8
Veículo próprio (n=327)		
Sim	81	24,8
Não	246	75,2

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

A Tabela 10 fornece informações sobre o acesso dos usuários dos CAPS a diversos serviços em suas residências. Os dados revelam que todos os participantes têm acesso a serviços de saneamento básico, iluminação pública, internet própria, pavimentação de ruas, serviços de streaming, telefone móvel, transporte público e TV aberta.

Em relação ao uso de redes sociais, uma proporção de 60,4% dos usuários afirmou usar. O WhatsApp é a plataforma mais usada (60,8%), seguido pelo Facebook (34,6%) e Instagram (24,1%) (Tabela 10).

Tabela 10: Caracterização da amostra referentes ao acesso a serviços essenciais e uso de redes sociais, em usuários do CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	(%)
Coleta de lixo (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-

Variáveis	n	(%)
Iluminação pública (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Internet própria (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Pavimentação (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Rede de esgoto (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Rede pública de água regular (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Rede Pública de energia elétrica regular (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Serviços de Streaming (Netflix, Globo play, Amazon Prime, etc.) (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Telefone móvel (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
Transporte público (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
TV Aberta (n=329)		
Sim	329	100,0
Não	0	-
TV por Assinatura (n=329)		
Sim	0	-
Não	329	100,0
Telefone fixo (n=329)		
Sim	0	-
Não	329	100,0
Você faz uso de rede social (n=329)		
Sim	198	60,4
Não	130	39,6
Quais redes sociais utiliza (n=324)		
WhatsApp(n=324)		
Sim	197	60,8
Não	127	39,2
Facebook(n=324)		
Sim	112	34,6
Não	212	65,4

Variáveis	n	(%)
Instagram (n=324)		
Sim	78	24,1
Não	246	75,9
Twitter (n=324)		
Sim	11	3,4
Não	313	96,6
TikTok (n=324)		
Sim	37	11,4
Não	287	88,6
Telegram (n=324)		
Sim	9	2,8
Não	315	97,2
Tinder (n=324)		
Sim	5	1,5
Não	319	98,5

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

A Tabela 11 fornece informações sobre o protagonismo dos usuários em serviços de saúde mental, com foco em seus direitos e envolvimento em espaços associativos e organizados para luta por seus direitos enquanto cidadãos. Apenas 24,8% dos entrevistados afirmaram conhecer seus direitos como usuários de um serviço de saúde mental. Quanto à participação em organizações ou associações de usuários de serviços de saúde mental, 9,6% confirmaram participação; 23,1% nunca consideraram essa possibilidade e 36,9% expressaram o desejo de se envolver.

Tabela 11: Caracterização da amostra referentes a utilização dos espaços públicos e protagonismo de usuários dos CAPS da Região Carbonífera. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2022.

Variáveis	n	%
Conhece direitos e deveres de usuários/as de serviços de saúde mental (n= 307)		
Sim	76	24,8
Não	231	75,2
Sobre participação em organização/associação de usuários de serviços de Saúde Mental (n= 312)		
Sim	30	9,6
Não, nunca pensei nisso	72	23,1
Não mas gostaria	115	36,9
Não, não me interessa	79	25,3
Não lembra	14	4,5
Sim, não participo no momento	2	0,6

Fonte: Banco de dados Pesquisa, 2022.

DISCUSSÃO

A ausência de dados em nível nacional desde 2015 (Pitta; Costa; Paiva, 2023) e a falta de dados de perfil de usuários dos CAPS em nível regional na AMREC, alimentou a decisão de trabalharmos os dados descritivamente. O objetivo é o de organizar um banco de dados que seja um ponto de partida, apontando direções e suscitando perguntas que provoque pesquisadores há aprofundar o conhecimento a partir das múltiplas variáveis que abordamos. Na busca por reconhecer os complexos cenários e possíveis percursos de pesquisa que possam contribuir com o conhecimento e transformação da realidade em que estão mergulhados os usuários dos serviços de SM.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DOS PARTICIPANTES

No presente estudo, a maioria dos usuários dos CAPS foi composta por mulheres, mesmo resultado encontrado no estudo de Roland e colaboradores (2023), realizado com 114 usuários, com 20 anos ou mais, de ambos os sexos, em Itaqui/RS. O estudo dos autores avaliou fatores sociodemográficos, clínicos, de estilo de vida e consumo alimentar, coletados por meio de entrevistas e consultas ao prontuário, e obtiveram 72,8% de participantes do sexo feminino no CAPS (Roland; Couto; Giacomelli; Pires; Prade; Schweig; Prigol, 2023).

Em uma revisão narrativa sobre o perfil dos usuários do CAPS no Brasil, outro estudo demonstrou que a maioria dos usuários dos CAPS era do sexo feminino (60,7%) (Barros; Salomão; Campos; Sampaio; Araújo, 2017). As mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde do que os homens, este comportamento pode estar relacionado a padrões culturais e sociais que afetam as ações e escolhas individuais, bem como a percepção do próprio estado de saúde (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

A maior proporção dos indivíduos no presente estudo ficou na faixa de 50 a 59 anos de idade. No estudo conduzido por Roland et al. (2023), a idade média dos participantes foi registrada como sendo de 47,5 anos ($\pm 11,0$ anos). Não foram encontrados outros estudos que abordassem a faixa etária de forma que fosse possível relacionar com os achados do presente estudo.

Quanto a distribuição por raça/cor, o presente estudo expressa que a maioria se identifica como branca, seguida por parda e preta, divergindo do estudo de Barros, Salomão, Campos, Sampaio e Araújo (2017), que em pesquisa sobre o perfil dos usuários do CAPS no Brasil a maior parte dos usuários se declara como parda (44,7%), seguida por branca (32,9%), preta (15,4%), amarela (4,4%) e indígena (2,6%). Os dados encontrados em nível nacional nos permitem inferir que a região sul do Brasil se considera predominantemente branca não acompanhando a média brasileira autodeclarada nos CAPS. Os achados em relação a cor, tem proporção semelhante ao apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), a população de Santa Catarina é composta majoritariamente por pessoas brancas, com 81,5% dos catarinenses declaram-se brancos. A população negra de Santa Catarina equivale a 18,1% do total de mais de 7,33 milhões de habitantes (Clicrdc, 2022).

Em termos de escolaridade, nesse estudo encontrou-se que a maior proporção dos indivíduos completou o ensino fundamental, se assemelhando ao estudo realizado em Itaquí/RS, que encontrou a maioria tinha ensino fundamental dentre os usuários nos CAPS (Roland; Couto; Giacomelli; Pires; Prade; Schweig; Prigol, 2023). Na pesquisa realizada em todas as regiões do Brasil, em relação a escolaridade, fortalece a ideia de baixa escolaridade, já que a maioria dos usuários dos CAPS tem ensino fundamental incompleto (47%), seguida por ensino médio incompleto (19,9%), ensino fundamental completo (13%), ensino médio completo (11,8%), analfabeto (4%) e ensino superior completo ou incompleto (4,3%) (Barros; Salomão; Campos; Sampaio; Araújo, 2017).

A maior presença de usuários com baixo nível de escolaridade nos CAPS pode ser explicada por diversos fatores, visto que a conexão entre educação e saúde mental é significativa. Indivíduos com menor grau de instrução podem se deparar com uma maior quantidade de desafios socioeconômicos, resultando em maior vulnerabilidade social o que pode levar, ou agravar, problemas de saúde mental. Esta condição pode restringir o acesso a informações e recursos sobre saúde mental, fazendo com que este perfil de usuários se torne mais dependentes dos CAPS. Assim como, a estigmatização e a falta de entendimento sobre a saúde mental na sociedade, podem levar indivíduos com maior grau de instrução a evitar os CAPS. Contudo, essas são suposições, pois a relação entre o nível de escolaridade e o uso dos CAPS é

complexa e influenciada por uma variedade de fatores, evidenciando a necessidade de mais pesquisas focadas nesta temática.

Quanto ao estado civil, a maioria dos indivíduos do presente estudo é solteira, seguida por casados. Esses dados revelam tendência semelhante àquelas encontradas em pesquisas realizadas em nível nacional que demonstrou que a maioria dos usuários dos CAPS foram considerados solteiros (54,9%), seguida por casados (23%), separados/divorciados (12%) e viúvos (10%) (Barros; Salomão; Campos; Sampaio; Araújo, 2017; Roland; Couto; Giacomelli; Pires; Prade; Schweig; Prigol, 2023).

Em relação à religião, este estudo encontrou que, a maior proporção dos indivíduos se identifica como católica, seguida por evangélica. Os dados do IBGE (2010), indicam que a população brasileira é majoritariamente católica (64,63%), seguida por evangélicas (22,16%). Não se encontrou estudos que trouxessem dados quantitativos sobre a identificação dos usuários quanto a religião, podendo indicar a falta de compreensão desta dimensão da vida do usuário como relevante em termos de saúde mental.

Sobre a situação socioeconômica, com base nos dados da pesquisa, é possível inferir que a maior proporção de indivíduos tem renda inferior a um salário-mínimo. Este achado é similar aos achados de Campos e colaboradores (2021), em que a maioria de usuários tinha renda igual ou inferior a um salário-mínimo em seu estudo (Campos; Cruz; Magalhães; Rodrigues, 2021). Essa condição pode indicar uma relação importante entre nível socioeconômico e saúde mental, como um condicionante de saúde.

Em relação à ajuda para subsistência, a maior parte dos usuários do CAPS não recebem ajuda e, entre aqueles que a recebem, a maior proporção tem como rede de apoio os pais e/ou irmãos. Os dados encontrados por Barros e colaboradores (2017) indicam uma situação socioeconômica desafiadora, quando a maior parte dos indivíduos tem renda menor que um salário-mínimo. Além disso, 64% dos indivíduos não recebem qualquer tipo de ajuda para subsistência. Entre os que recebem, a maior parte (35,9%) é auxiliada por pais e/ou irmãos (Barros; Salomão; Campos; Sampaio; Araújo, 2017).

Em relação a filiação e moradia é possível inferir, a partir da pesquisa, que a maior proporção de indivíduos tem filhos, assim como o estudo realizado na Região Centro-Oeste do país, que encontraram que a maioria dos usuários tem filhos

(Campos; Ramalho; Zanello, 2023). Entre os que tem filhos, a maior parte não tem filhos morando junto. Quando analisado, no presente estudo, o local em que os indivíduos moram, a maioria reside em uma propriedade própria. Essa diversidade de situações de moradia reflete a variedade de circunstâncias de vida entre os usuários.

RELACIONAMENTO DOS USUÁRIOS COM OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOAIS, CONHECIMENTO DO SEU DIAGNÓSTICO E USO DE MEDICAMENTOS

Quanto ao relacionamento com o CAPS, com base nos dados é possível inferir que a população estudada está dividida praticamente igual entre aqueles que estão frequentando o CAPS pela primeira vez, apesar de maior, e aqueles que já o frequentaram antes. Entre aqueles que pararam de frequentar o CAPS, a maior proporção relatou que foi por vontade própria, pois não queria mais frequentar. Em estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em CAPS com os usuários que estavam cadastrados nos CAPS III de Campinas (SP), 17,8% haviam abandonado ou não aderido ao tratamento (Bandeira; Treichel; Onocko-Campos, 2023).

Os dados indicam que o relacionamento dos usuários com o CAPS é complexo, exigindo uma abordagem singular, onde a permanência no tratamento é um desafio, com muitos usuários considerado abandonando do serviço. É necessária a realização de estudos que abordem as motivações de interrupção do tratamento por parte dos usuários, que possam indicar fragilidades como: no vínculo com o serviço, no acesso – forma se deslocar até o CAPS (transporte), no projeto terapêutico do CAPS, devido atividades pouco atrativas e que não consideram a dinâmica de necessidade terapêutica do usuário, bem como as limitações da assistência em rede, que acabam por demandar ao CAPS atenção aos casos leves e moderados.

Quanto à frequência dos usuários no CAPS, a maioria vai uma vez por semana ao serviço. Tomasi e colaboradores (2010), expressam os resultados de um estudo de coorte, realizado em Pelotas (RS), com o objetivo de analisar a efetividade dos CAPS no cuidado de indivíduos com sofrimento psíquico apresentou que, em relação a frequência, a modalidade de tratamento predominante é a de usuários não intensivos, resultados que se assemelham ao encontrado no presente estudo (Tomasi; Facchini; Piccini; Thumé; Silva; Gonçalves, Silva, 2010). Os CAPS deveriam priorizar os casos graves, severos e persistentes, sendo que a atenção básica deveria

ter condições de atender os casos leves e moderados, problematiza-se estes dados em relação a interrupção do tratamento.

As atividades em que os usuários mais participam são grupos terapêuticos e consultas com psiquiatras, com quase a mesma intensidade. No caminho inverso, o mesmo estudo de Pelotas (RS) identificou que a participação em oficinas terapêuticas era de apenas 44% (TOMASI, et. al., 2010). Propõe-se nesse sentido, o desenvolvimento de estudo que busque compreender os objetivos e formatos dos grupos terapêuticos na relação com o Projeto Terapêutico Institucional dos CAPS. Junto a isso, problematiza-se a psiquiatrização dos atendimentos em detrimento do trabalho interdisciplinar, produzindo reflexões sobre como os Projetos Terapêuticos dos CAPS podem elucidar uma possível “ambulatorização” dos CAPS.

Em relação aos profissionais que os usuários têm acesso nos CAPS, os psiquiatras, seguidos pelos psicólogos, são os mais procurados. Um estudo de Pelisoli e Moreira (2005), expressa resultado semelhante, mesmo com mais de 15 anos de diferença, pois em tal estudo o atendimento psiquiátrico é o mais demandado pelos usuários, embora a demanda pelo atendimento psicológico não apresente diferenças significativas entre os dois (Pesoli; Moreira, 2005). Enfatiza-se que os CAPS devem ofertar atendimento interdisciplinar, para o cuidado integral dos usuários. Para tanto, sugere-se estudar como o projeto terapêutico dos usuários é construído, bem como o lugar das profissões de psiquiatria e psicologia transitam nestes espaços, pois, p que se espera de processos de trabalho em um CAPS é um movimento de transição de uma clínica “psi” para uma clínica da atenção psicossocial.

Em relação ao diagnóstico, a partir dos achados do presente estudo é possível inferir que a maioria dos usuários sabe o seu diagnóstico, e desses, a maior parte sabe o que seu diagnóstico significa e possuem informações adicionais sobre ele. A principal fonte de informação e esclarecimentos para esses usuários foi o próprio CAPS, seguido pela internet e pelas mídias sociais. Na busca bibliográfica, não foram encontrados estudos com usuários de CAPS a respeito do seu conhecimento sobre seu diagnóstico e onde buscam informações e esclarecimentos sobre os mesmos. Indicando a necessidade de mais pesquisas sobre esta temática.

Sugere-se diante desses dados estudos que abordem os mecanismo e critérios diagnósticos, bem como da condução terapêutica com os usuários para refletir sua relação com o diagnóstico. Os CAPS devem evitar iatrogenia e promover a singularidade no cuidado aos usuários, considerando a problemática contemporânea

da patologização do sofrimento humano (Amarante; Freitas, 2012), sendo que para que de fato os Projetos Terapêuticos sejam elaboradores com os usuários, é importante que os mesmos compreendam a sua condição, no período em que não estão em crise.

Quanto ao uso de medicamentos, com base nos dados pode-se inferir que a maior proporção dos indivíduos usa medicamentos. O estudo realizado no CAPS em Itaqui/RS, também encontrou nos dados sobre uso de medicamentos, uso elevado, pois no estudo 87,7% faziam uso de terapia medicamentosa (Roland; Couto; Giacomelli; Pires; Prade; Schweig; Prigol, 2023). Esses achados indicam que a estratégia medicamentosa ainda é o principal recurso terapêutico utilizado nos CAPS. Tais evidências sugerem a predominância da prescrição medicamentosa em detrimento de outras abordagens terapêuticas.

A prevalência do uso de medicamentos pode ser um reflexo da medicalização da vida, um fenômeno perceptível desde a criação da medicina moderna e cada vez mais comum na sociedade contemporânea. A medicalização, que transforma questões sociais e emocionais complexas em problemas médicos, reduzidos a sintomas, a serem tratados com medicamentos, pode limitar a capacidade dos indivíduos de lidar com as dificuldades da vida de maneira autônoma e resiliente. Os psicotrópicos, são frequentemente utilizados na atenção psicossocial, mas é importante lembrar que elas são apenas uma das muitas ferramentas disponíveis para o cuidado da saúde mental.

Os achados da pesquisa indicam que entre os usuários de medicamentos, a maioria refere saber para que servem as medicações que tomam. Colaço e Onocko-Campos (2022), em um estudo realizado em quatro grandes municípios brasileiros, contataram que a maioria dos usuários recebeu explicações sobre a indicação do uso dos medicamentos que utilizam. Porém, não ficou claro se havia conhecimento sobre o diagnóstico e suas implicações clínicas (Colaço; Onocko-Campos, 2022).

Quando do acesso às medicações, observou-se uma distribuição variada. A maior proporção de indivíduos obtém suas medicações no CAPS, seguido pela Farmácia Central do município de referência e Farmácia da rede privada. Além disso, 1/3 dos indivíduos precisam de ajuda para usar as medicações. Entre esses indivíduos que precisam de ajuda, a maioria recebe auxílio de um familiar, seguido pelos profissionais do CAPS, e, mais especificamente profissional de Enfermagem.

Não foram encontrados estudos sobre este tema específico para discussão dos achados, apenas, no estudo de Colaço e Onocko-Campos (2022), o dado sobre a necessidade de comprar medicação foi abordado, porém não havia informação detalhadas a esse respeito.

Quanto a utilização de outros serviços de saúde pelos usuários do CAPS, observou-se que quase todos os indivíduos indicam tal uso. Porém, ao analisar quais serviços são utilizados, verificou-se que apenas uma pequena proporção dos usuários utiliza outros serviços de saúde que não sejam o CAPS. O que os dados indicam, é que os usuários usam muito pouco ou quase nada da rede extra CAPS para cuidado de saúde e saúde mental.

Quanto aos familiares de usuários do CAPS, observa-se que uma minoria faz uso da rede de saúde mental. Dentre esses familiares, a predominância é de usuários do CAPS I, em seguida dos que procuram a UBS para encaminhamentos ao Psiquiatra. Esses dados sugerem a necessidade de considerar o sofrimento psíquico de familiares no projeto terapêutico dos usuários. O que requer a inclusão dessa perspectiva nos projetos terapêuticos dos usuários do CAPS, considerando a sobrecarga do cuidado como fator de sofrimento ao familiar, bem como a construção de estratégias de protagonismo, como grupos de apoio entre pares e nas diversas formas de participação política do campo.

COMORBIDADES ASSOCIADAS E UTILIZAÇÃO DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PELOS USUÁRIOS DOS CAPS

Entre as comorbidades dos usuários, quase metade indicou ter comorbidades, contudo, a hipertensão foi a mais prevalente, seguida pelo diabetes. No estudo realizado no CAPS em Itaqui/RS em relação à saúde dos usuários, a maioria apresentava hipertensão (40,7%), obesidade (30,1%), dislipidemia (28,6%) e diabetes (24,6%). Em termos de condição física, a maioria dos usuários apresentava excesso de peso (73,2%) e risco elevado para complicações metabólicas associadas à obesidade (80%) (Roland; Couto; Giacomelli; Pires; Prade; Schweig; Prigol, 2023). Sugere-se estudos para investigar se os dados correspondem aos encontrados na população geral, bem como correlacioná-los a estudos e práticas interdisciplinares com as áreas da nutrição, educação física, enfermagem e outros.

No que diz respeito às deficiências, os usuários dos CAPS apresentam deficiência visual como a mais comum, seguida pela intelectual e física. A deficiência auditiva é a menos comum entre os usuários. É importante notar que nenhum indivíduo relatou ter múltiplas deficiências. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 aponta que 17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade (8,4% dessa população) tinham alguma das deficiências investigadas. Na população do país com 2 anos ou mais de idade, 3,4% (ou 6,978 milhões) tinham deficiência visual; 1,1% (ou 2,3 milhões) tinham deficiência auditiva e 1,2% (ou 2,5 milhões) tinham deficiência mental. A prevalência de deficiência intelectual na região Sul do Brasil é de 0,8%, sendo que 0,5% da população total possuía deficiência intelectual desde o nascimento e 0,3% a adquiriu devido a doença ou acidente (Brasil, 2020).

A comparação entre os dados dos usuários dos CAPS da Região Carbonífera e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 revela algumas discrepâncias na relação entre usuários de CAPS e deficiência. A prevalência de deficiência visual entre os usuários do CAPS é significativamente maior (6,8%) do que a média nacional (3,4%). Por outro lado, a prevalência de deficiência intelectual entre os usuários do CAPS é muito maior do que a média na região Sul do Brasil (0,8%), conforme indicado pela PNS.

Quanto ao uso de serviços ou especialidades em saúde, os dados indicam que a maior parte dos usuários, utilizou algum serviço ou especialidade em saúde. A clínica médica, que inclui atendimento primário ou atenção básica, foi a mais utilizada. Isso sugere que a maioria das pessoas procura cuidados de saúde primários quando necessário. Os dados sugerem uma distribuição diversificada no uso de diferentes especialidades em saúde. Não foram encontradas referências bibliográficas sobre o uso de especialidades no campo da saúde por usuários do CAPS para discussão dos achados. Os usuários devem ser atendidos em sua integralidade, que inclui o cuidado em saúde mental. Sugere-se então, a ampliação das estratégias de saúde mental na atenção básica, a partir do apoio matricial.

UTILIZAÇÃO DE ESPAÇOS PÚBLICOS E PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DOS CAPS

Quanto ao uso do território, a maioria dos participantes relata frequentar o CAPS semanalmente, e mais da metade dos usuários visita seus familiares e

frequenta a igreja ou espaços equivalentes. Outros lugares que costumam frequentar são supermercados e as unidades de saúde. No entanto, apenas uma pequena proporção de indivíduos frequenta academia, locais de atividade física, cinemas e escola/universidade. Esses resultados se assemelham as reflexões realizadas por Santos (2010), quando afirma a importância e centralidade de considerar o território, como um componente fundamental no olhar e agir em saúde mental.

O território, como um espaço social, é fundamental para a construção da identidade coletiva dos usuários de CAPS, bem como para o estabelecimento de suas relações com a família, a comunidade e o serviço de saúde mental. No entanto, a experiência do território por esses usuários é frequentemente marcada por desafios, incluindo estigma, exclusão, violência e precariedade em seus espaços de vida, trabalho e lazer. Em resposta a essas adversidades, os usuários de CAPS buscam expandir suas possibilidades de atuação no território através da participação em atividades religiosas, culturais, artísticas e informais (Santos; Nunes, 2011).

Em relação ao transporte e locomoção, mais da metade dos indivíduos relatou se locomover a pé. Outros meios de transporte comuns, em menor escala, incluem transporte público e veículo próprio. A mobilidade urbana no Brasil, historicamente enfrenta diversos desafios, como a priorização do transporte individual motorizado, a precariedade do transporte público coletivo, a falta de infraestrutura para os modos não motorizados, como a bicicleta, e a desigualdade socioespacial que afeta principalmente as populações de baixa renda.

Nesse contexto, é necessário um planejamento urbano crítico e participativo, que reconheça os conflitos existentes na sociedade e busque construir um projeto de cidade mais democrático, inclusivo e sustentável (Lunelli; Meyer, 2020). É importante mencionar que não se encontrou dados semelhantes em publicações científicas para comparar ou validar essas informações. Sugere-se estudo que visem compreender as implicações do meio de locomoção para garantia de acesso ao CAPS, bem como para uso do território pelos usuários dos serviços de saúde mental.

Sobre o acesso dos usuários dos CAPS a serviços de infraestrutura pública em suas residências, os dados revelam que todos os participantes têm acesso a saneamento básico, iluminação pública, internet própria, pavimentação de ruas, serviços de streaming, telefone móvel, transporte público e TV aberta. Santa Catarina enfrenta desafios para universalizar os serviços de água e esgoto para sua população de 7,5 milhões de habitantes. Em 2020, 90,4% tinham acesso à rede de água e 26,1%

à rede de coleta de esgoto. Além disso, somente 31,3% do esgoto gerado era tratado e as perdas de água chegavam a 34% (Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, 2020). Os dados da pesquisa sugerem que a região carbonífera apresenta uma condição privilegiada em comparação ao estado sobre a oferta de serviços essenciais.

A maior parte dos usuários fazem uso de redes sociais, sendo que o WhatsApp a de maior acesso, seguido pelo Facebook e Instagram. O Brasil é um dos países que mais usa redes sociais no mundo, com uma média de 3 horas e 46 minutos por dia. Em 2023, o WhatsApp se tornou a rede social mais usada no país, com 169 milhões de usuários, seguido pelo YouTube, com 142 milhões, e pelo Instagram, com 113 milhões. O Facebook ficou em quarto lugar, com 109 milhões de usuários. Outras redes que se destacaram foram o TikTok, com 82 milhões, e o Kwai, com 48 milhões de usuários (Volpato, 2023).

Não foram encontrados trabalhos científicos sobre o perfil de uso das redes sociais por usuários dos CAPS. Evidencia-se o potencial para inclusão digital dos usuários, como ferramenta que possa qualificar a comunicação com o CAPS, bem como para a ampliação da rede de relacionamentos. Contudo, também cabe estudos sobre o uso de tais espaços pelos usuários dos CAPS, a fim de cuidados que precisam ser expressos tanto em relação aos perigos, quanto as potencialidades do uso das redes sociais atualmente.

Quanto ao protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental, com foco em seus direitos e envolvimento em espaços associativos, apenas uma pequena parcela dos entrevistados afirmou ter esse conhecimento, enquanto a maioria indicou desconhecimento. No que diz respeito à participação em organizações ou associações de usuários de serviços de saúde mental, uma minoria confirmou participação. Alguns nunca consideraram essa possibilidade, enquanto uma parcela expressou o desejo de se envolver.

Os resultados indicam espaço para a formação política e desejo de protagonizar a própria história por uma parcela dos usuários do CAPS da Região Carbonífera. É importante promover a autonomia dos usuários de CAPS a partir das concepções e práticas de profissionais, familiares e usuários. A autonomia não deve ser entendida como uma capacidade individual e estática, mas como um processo dinâmico e coletivo, construído a partir das relações sociais e das intervenções do CAPS.

Nesse sentido, destacam-se o papel das oficinas terapêuticas, das atividades extramuros, das assembleias e do vínculo afetivo como estratégias que estimulam o protagonismo, a participação social e a cidadania dos usuários (Kammer; Moro; Rocha, 2020).

Como pontos fortes do trabalho entende-se que o estudo apresenta análise descritiva do perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Região Carbonífera de Santa Catarina, incluindo informações detalhadas sobre sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, religião, situação socioeconômica, filiação e moradia, diagnóstico, uso de medicamentos, frequência e permanência no CAPS, uso da rede de saúde e do território, e protagonismo dos usuários. Essa abordagem fornece uma visão abrangente da composição dos usuários e ajuda a identificar tendências e características específicas da população atendida pelos CAPS na região. Ofertando assim, subsídios para aprofundar o entendimento de quem são os usuários dos CAPS da região carbonífera e permite que gestores possam utilizar os dados para pensar e formular ações de cuidado para essa população.

Enquanto limitações do trabalho, a falta de pesquisas contínuas e relevantes de perfil de usuários de CAPS, limita a comparação e contextualização dos resultados. Além disso, o estudo não aborda diretamente a qualidade dos serviços oferecidos pelos CAPS ou as experiências dos usuários, o que seria fundamental para uma análise mais abrangente da saúde mental na região.

Campos e colaboradores (2021) afirmam ser incipientes as pesquisas sobre o perfil de usuários no campo da saúde mental no Brasil, aspecto que também foi percebido ao buscar referenciais para sustar a discussão (Campos; Cruz; Magalhães; Rodrigues, 2021). A falta de pesquisas sobre perfil dos usuários de CAPS em nível regional e nacional, não permitem aprofundar a discussão dos dados. Sugere-se que pesquisadores coletem esses dados ao longo do tempo, a fim de que com a estruturação de um banco longitudinal seja possível realizar estudos comparativos no futuro. Esses aspectos são fundamentais para uma análise mais completa da saúde mental na região.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou dados relevantes sobre o perfil dos usuários dos CAPS da Região Carbonífera de Santa Catarina, contribuindo para o conhecimento da diversidade e das necessidades dessa população. Abordou aspectos sociodemográficos, econômicos, de filiação e moradia. Além disso, foi possível entender a relação que os usuários estabelecem com o CAPS, seu conhecimento sobre o próprio diagnóstico, o uso de medicamentos, a utilização dos serviços de saúde, as comorbidades presentes, o uso do território, o acesso a serviços e o protagonismo desses indivíduos.

Os resultados demonstram que o perfil predominante dos usuários do CAPS é de pessoas que residem em Criciúma, do sexo feminino, na faixa etária de 50 a 59 anos, de cor branca, com ensino fundamental, solteiras, católicas, aposentadas ou desempregadas, com renda entre R\$ 1 e R\$ 1.212,00, que recebem ajuda de familiares, que têm filhos, mas não moram com eles, que residem em local próprio e compartilham o espaço com 1 a 2 pessoas. A maioria dos usuários está frequentando pela primeira vez o CAPS, diz conhecer e compreender seu diagnóstico, sendo que recebe informações sobre o diagnóstico principalmente pelo CAPS, faz uso de medicamentos, os obtém no CAPS. A hipertensão é a comorbidade mais prevalente, não possui deficiências, usa redes sociais virtuais, sendo o WhatsApp a plataforma mais usada, não conhece seus direitos, não participa de associações de usuários, e expressa o desejo de se envolver.

A luta pelos direitos humanos no campo da saúde mental trata da garantia de dignidade, liberdade e igualdade para todos os usuários, independentemente de sua origem, sexo, gênero, idade, religião, orientação sexual, condição de saúde, entre outros aspectos. Implica o reconhecimento e a proteção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, que são interdependentes e indivisíveis. Implica ainda a promoção da autonomia, da participação, da não-discriminação, da acessibilidade, da qualidade e da integralidade do cuidado.

É crucial compreender o território não apenas como uma dimensão geográfica, mas também como um espaço político-afetivo, que influencia as relações e laços sociais para a promoção de saúde e para o cuidado em saúde mental. O território deve ser articulado pelos CAPS para a inserção social dos usuários. Ele pode facilitar ou dificultar a expressão, a comunicação, a cooperação, a solidariedade, a empatia,

a confiança, o respeito, a tolerância, a diversidade, a inclusão, a justiça, a democracia, a paz, entre outros valores e práticas que são fundamentais para a promoção da saúde.

A atenção psicossocial, em sua essência, deve ir além do cuidado clínico e terapêutico, abrangendo também as dimensões socioeconômicas e culturais da vida dos indivíduos. Em uma sociedade que valoriza o mérito individual e que, muitas vezes, marginaliza aqueles que não se encaixam em seus padrões de “sucesso” e produtividade, o acesso a bens de consumo torna-se um indicador crucial de inclusão e bem-estar. No entanto, esse acesso é frequentemente determinado pelo capital, com a renda sendo uma expressão tangível desse acesso. A segurança material da vida é garantida pelo acesso a recursos financeiros suficientes para garantir a subsistência.

Além da renda, educação, acesso aos serviços de saúde, moradia, trabalho, cultura, lazer, segurança, meio ambiente saudável, entre outros, são fundamentais e devem compor as possibilidades de experiências dos usuários de CAPS. Em contrapartida, a ausência ou a fragilidade desses recursos são produtores de sofrimento e desamparo, afetando a saúde mental. A pobreza, a desigualdade, a exclusão, a discriminação, a violência, a precarização das condições de vida, a exploração, a alienação, entre outros, causam estresse que podem desencadear quadros compatíveis à ansiedade, depressão, suicídio, entre outros.

A atenção psicossocial deve ainda considerar e intervir nesses aspectos, promovendo a equidade, a justiça social, a cidadania e os direitos humanos. Ela deve buscar a transformação das condições de vida e das relações sociais que produzem e reproduzem o sofrimento, desamparo e a desigualdade. Para isso, é necessário um trabalho intersetorial, participativo, comunitário, territorial, ético, culturalmente sensível e politicamente engajado, com vistas a fortalecer a democracia, o SUS, a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Considerando a expressividade do uso de drogas psiquiátricas nos CAPS, é essencial implementar estratégias de conscientização e discussão sobre os processos de medicalização e medicamentação da vida, promovendo o protagonismo das pessoas no cuidado de sua própria vida e saúde. Para tanto, é preciso explorar e ampliar as alternativas terapêuticas sempre que possível. A criação de espaços para discussão de práticas terapêuticas pode ser uma estratégia eficaz

nesse sentido. Esse espaço de diálogo permitiria não apenas a troca de experiências e conhecimentos entre profissionais, mas também a reflexão crítica sobre as abordagens contra hegemônicas à medicalização, a fim de buscar formas mais integrativas de cuidado, não se limitando exclusivamente ao uso de medicamentos.

Além disso, é indispensável estimular a participação ativa dos familiares no processo terapêutico. A família pode desempenhar um papel crucial no apoio ao usuário, contribuindo para seu bem-estar e integração social. No entanto, essa participação deve ser baseada no respeito à autonomia e à dignidade do usuário, evitando relações de dependência, controle ou estigmatização. Deve considerar também a sobrecarga e o sofrimento de familiares num processo compartilhado de cuidado, e de atenção também aos familiares, com construção de espaços de cuidado integrados a esses.

A incorporação de atividades artísticas e culturais nos projetos terapêuticos também devem ser estratégias valiosas para promover a saúde mental e o bem-estar dos usuários. A arte e a cultura podem oferecer meios de expressão, comunicação, criatividade, aprendizagem, lazer, empowerment e transformação, que podem complementar e enriquecer as intervenções clínicas e psicossociais. Além disso, essas têm potencial de favorecer a inclusão social, a cidadania, a diversidade, a solidariedade, a resiliência, a esperança, a alegria, a beleza, a espiritualidade, entre outros aspectos que são fundamentais para a vida e a saúde.

É necessário ampliar a discussão e a prática da atenção psicossocial, questionando os vieses, limites e as possibilidades das abordagens atuais, a fim de buscar novas perspectivas, metodologias e parcerias que possam contribuir para a construção de um cuidado em saúde mental mais ético, efetivo, equitativo, inclusivo, participativo, integral, comunitário, territorial, culturalmente sensível e politicamente engajado. Pensar atenção psicossocial, incluir construir estratégias para além da oferta de atendimentos com psiquiatras e psicólogos em CAPS, mas ações de ampliação da vida a partir de políticas públicas sustentáveis.

Assim, propõe-se o fortalecimento das estratégias que promovem o protagonismo dos usuários nos CAPS. Isso deve ser feito em conjunto, para tanto, deve haver o reforço da articulação da rede de atenção psicossocial, da rede intersetorial no território e envolvimento da comunidade. É fundamental a criação e/ou fortalecimento da participação social e política dos usuários dos serviços de saúde mental em conferências e conselhos de saúde, associações de usuários e familiares,

assembleias de serviços, estratégias de ajuda mútua, cuidado de pares, entre outros, a fim de fortalecer o protagonismo de usuários e familiares na gestão do cuidado em saúde mental. Para isso é importante investir em ações de educação permanente em saúde, por meio de supervisão clínico-institucional para as equipes dos CAPS, que mobilizem a construção de um movimento no processo de trabalho que de fato considere os usuários atores e partícipes do processo de cuidado.

Reconhece-se as limitações do presente trabalho, como o desenho transversal com foco descritivo do estudo e a amostra não probabilística. Para superar essas limitações, sugere-se a realização de novas pesquisas que ampliem o escopo e a profundidade do tema, incorporando abordagens qualitativas para captar as vivências e percepções dos usuários dos CAPS. Isso permitirá uma compreensão mais abrangente e aprimorada das questões relacionadas à saúde mental nessa população.

Mesmo com os CAPS do tipo I e AD, incorporados no presente estudo, atendendo pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, reconhecemos que variáveis relacionadas ao assunto não foram abordadas neste estudo. Constata-se a emergência do assunto na política de saúde mental e a importância de abordar esse tema com maior profundidade em estudos futuros, a partir de uma lógica que supere as abordagens proibicionistas, estigmatizantes ou reducionistas, e promovam estratégias que respeitem os direitos humanos, a dignidade, a autonomia, a diversidade e a cidadania das pessoas que usam drogas, a partir de ações de prevenção, redução de danos, tratamento, reabilitação, inclusão social, participação comunitária, entre outras. Além disso, é fundamental criar espaços de diálogo, reflexão, formação, pesquisa, mobilização e *advocacy*, que possam contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva em relação às pessoas que as usam drogas, bem como aos usuários dos CAPS com diagnóstico de sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. **Loucura e transformação social**. São Paulo: Editora Zagodoni, 2021. 160p.

AMARANTE, Paulo. FREITAS, Fernando. Psiquiatrização da Vida e o DSM-5: desafios para o início do século XXI. **Cebes**. 2012. Disponível em <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/29782>

BANDEIRA, Noemi; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, n. 1, p. 95-106, jan-mar. 2023.

BARBOSA, Carlos Gustavo; FRANCISCHETTI GARCIA, Ana Paula Rigon; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; TORREZAN, Maira Bianquin; COSTA, Jonathan Vinicius. Perfil sociodemográfico e econômico de usuários de um serviço de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 1-15, 2021

BARROS, Sueli; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro; CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; SAMPAIO, José Jackson Coelho; ARAÚJO, Edna Maria de. Perfil dos usuários atendidos em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil: uma revisão narrativa da literatura científica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 164-177, jan./mar. 2017.

BRASIL. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Ministério da Saúde, Brasília, 1990a.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 20, p. 18055-18059, 20 set. 1990b.

_____. **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 Eletrônico*, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2002

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial, para o cuidado em liberdade das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 128-129, 26 dez. 2011.

_____. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Departamento de Atenção Básica; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

_____. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39.** Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 68-92, 22 set. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2011 que altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, dez. 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria Conjunta nº 21, de 25 de novembro de 2020.** Aprova o Protocolo para o Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 29 out. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A reorientação das políticas de saúde mental no Brasil: desafios e perspectivas.** Saúde em Debate, v. 47, n. 136, p. 102-115, 2023a.

_____. Painel Coronavírus. Ministério da Saúde, Brasília, 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 de setembro de 2023b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carolina. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, mar./abr. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Ana Carolina. Ampliação do conceito de clínica: implicações para a pesquisa e a formação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, mar./abr. 2007.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; CRUZ, Daniel Marinho Cezar da; MAGALHÃES, Yasmim Bezerra; RODRIGUES, Daniela da Silva. Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 3, p. e310319, 2021.

CAMPOS, Iara Oliveira; RAMALHO, Walter Massa; ZANELLO, Valeska. Escolaridade e saúde mental: o perfil sociodemográfico de usuários de um centro de

atenção psicossocial¹. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, n. 1, p. 1-20, jan-mar. 2023

CAMPOS, Célia Maria Sivalli ; SOARES, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 621–628, 2003.

CASTRO, Ana Raquel; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e saúde mental no SUS: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 144-153, jul./dez. 2016.

CLICRDC. **Santa Catarina é o estado com maior proporção de população branca do país**. Disponível em: <https://clicrdc.com.br/santa-catarina-e-o-estado-com-maior-proporcao-de-populacao-branca-do-pais/>. Acesso em: 30 out. 2023.

COBO, Barbara; CRUZ, Cláudia.; DICK, Paulo C.. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, set. 2021.

COLAÇO, Rafael Freitas ; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Gestão compartilhada do tratamento com psicofármacos: inquérito com usuários de CAPS de quatro grandes cidades brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2553–2562, 2022.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

KAMMER, Katharina Pereira; MORO, Larissa Moraes; ROCHA, Kátia Bones. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 1-19, 2020.

LIMA, Maria da Silva. Impacto dos condicionantes sociais na saúde mental: um estudo longitudinal. **Revista de Psicologia Social**, v. 31, n. 3, p. 45-58, 2019.

LIMA, Larissa Silva. A efetividade da legislação de saúde mental no respeito aos direitos dos pacientes: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 1-15, 2021.

LIMA, Fernando Santos; SILVA, Maria Marta de Souza; SILVA, José Américo Pereira da. O fechamento de hospitais psiquiátricos no Brasil e o impacto da pandemia de COVID-19. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 130, p. 258-271, 2022.

LÜCHMANN, Lúcia Helena; RODRIGUES, Rosa Maria. Reabilitação Psicossocial Brasileira: um desafio ético-político. **Psicologia & Sociedade**, vol. 18, n. 1, p. 6-17, 2006.

LUNELLI, Paula; MEYER, Bernardo. Mobilidade urbana e gestão de cidades: uma revisão bibliográfica sobre o tema. In: **ANAIS DO CONGRESSO DE ENGENHARIA E TECNOLOGIA INOVADORA**, 2017, São Paulo. São Paulo: Galoá, 2017. p. 2903-2914.

FERREIRA, Artur Ribeiro; LIMA, Maria da Silva; SANTOS, Luiz Henrique; SILVA, André Luiz da; SOUZA, Mariana da Silva. Understanding the needs of mental health service users: a literature review. **Journal of Mental Health**, v. 29, n. 4, p. 411-421, 2020.

FÓRUM DE DEBATES E ENTREVISTAS. **A reforma psiquiátrica no Brasil, a política de saúde mental e os desafios atuais**, com Paulo Amarante. (40 min e 54 s). YouTube, 2019. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=rnajjoni6oo>>. Acesso em: 10 out. 2022.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 1, p. 69–84, mar. 2014

GIOVANELLA, Lúcia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

GONDIM, Grácia; SOALHEIRO, Nina. **Território, saúde mental e atenção básica**. In: SOALHEIRO, Nina Isabel (Org.). *Saúde Mental para a Atenção Básica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 17-32.

HOFF, Luiza Rutkoski. **Público e privado na política de saúde mental**: inflexões de “um mundo à parte. Porto Alegre: Edipucrs, 2016. 155 p.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011. Volume 1. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/cultura-recreacao-e-esporte/9662-censo-demografico-2010.html>. Acesso em: 28/10/2023.

JONES, Paula; SMITH, John; BROWN, Mary. The influence of environmental factors on mental health: a mapping review. **Journal of Environmental Psychology**, v. 57, p. 61-68, 2018.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. *Artes & Ensaios – revista do ppgav/eba/UFRJ*, São Paulo, n. 32, dezembro de 2016, p. 123-152.

MENDES, Eduardo Victor. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed.rev.e ampl. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

MENDES, Lais Caroline; ALMEIDA, Sandro Luiz. Socioeconomic barriers to accessing mental health care: a qualitative study. **Social Science & Medicine**, v. 281, p. 113926, 2021.

MENEZES, Ana Paula; SOUZA, Ana Paula Silva. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental: desafios para a desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 258-271, 2021. doi:10.1590/0103-11042021s1001.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, mar. 2014

OLIVEIRA, Fábio Pereira de. Transtornos mentais graves e acesso a serviços de saúde mental. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 29(1), p. 115-130, 2016.

OLIVEIRA, Luiz Fernando de; SILVA, Ana Paula da; SANTOS, Mariana Silva; SILVA, Rafaela Cristina da; SILVA, Claudia Fernanda da. Perfil sociodemográfico e econômico de usuários de serviços de atenção psicossocial no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 15, n. 1, p. 1-12, [2023].

OLIVEIRA, Ricardo Mendes de; RIBEIRO, Ana Isabel. Tailoring mental health services to individual needs: a framework for practice. **Psychiatric Services**, v. 69, n. 8, p. 931-935, 2018.

OLIVEIRA, Sérgio Augusto de; SANTOS, José Ricardo dos. "Social determinants of mental health: a comprehensive perspective. **Annual Review of Public Health**, v. 42, p. 297-314, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: dilemas e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PELISOLI, Camila da Luz; MOREIRA, Ângela Kunzler. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 270–277, set. 2005.

PINTO, Eduardo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AQUINO, Rosana; MENDES, Renata; SILVA, Maria Cristina da; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. O processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2157-2166, dez. 2012.

PITTA, Ana Maria Fernandes; COSTA, Luciana Silva; PAIVA, Maria Teresa. A contrarreforma psiquiátrica no Brasil: ausência de dados do MS e desmonte da rede de atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 144, p. 109-121, 2023.

ROCHA, José Miguel. Condicionantes sociais na saúde mental: uma análise crítica. **Psicologia em Debate**, v. 24, n. 2, p. 72-85, 2018.

RODRIGUES, Carlos; PITTA, Ana Maria Fernandes; COSTA, Luciana Silva; PAIVA, Maria Teresa. Beyond Demographics: Social Determinants of Mental Health. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 57, n. 2, p. 185-195, 2022.

RODRÍGUEZ, Bárbara Otonín; SÁNCHEZ, Tania Lorca. "The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers". **International Brazilian Journal of Urology**, v. 46, p. 195–200, jul. 2020.

ROLAND, Luana Fioravanti; COUTO, Shanda de Freitas; GIACOMELLI, Simone de Castro; PIRES, Letícia Ferreira; PRADE, Josiéle da Silva; SCHWEIG, Carla Fabiana; PRIGOL, Marina. Perfil sociodemográfico, clínico e nutricional de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial¹. **Nutrição no Século XXI**, v. 1, n. 1, p. 116-126, 2023.

SANTOS, Adriana Bernardes. O território como espaço de vida: contribuições da geografia. **Revista Geografias**, v. 7, n. 1, p. 9-22, 2010.

SANTOS, Daniella da Silva; MISHIMA, Sandra Mara; MERHY, Emílio Eduardo. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da

subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SANTOS, João Marcos; MENEZES, Mariana; CORRÊA, Taciana; RODRIGUES, Valéria. Perfil sociodemográfico e econômico de usuários de um serviço de atenção psicossocial no município de Salvador. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 1-13, 2019.

SANTOS, Marcos Roberto Paixão; NUNES, Mônica de Oliveira. Território usado e experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial¹. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, p. 191-204, jan./mar. 2011.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SILVA, Aline Letícia; MARTINS, Camila de Oliveira; SANTOS, Débora Cristina dos; ALVES, Gabriela Rodrigues; SILVA, Jacqueline; SILVA, Juliana Rodrigues da; SILVA, Kátia Regina da; OLIVEIRA, Luciana Aparecida de; BARBOSA, Mariana de Oliveira; JESUS, Priscila de; SILVA, Renata; SILVA, Vanessa Ferreira. Perfil sociodemográfico e econômico de usuários de serviços de saúde mental em uma região metropolitana do Brasil: estudo com 1.000 participantes. **Psicologia em Estudo**, v. 27, n. 1, p. 1-12, 2022.

SILVA, Marina; SOUZA, Cristina de; RODRIGUES, Mariana; SOUZA, Tatiane de; OLIVEIRA, Larissa de; SANTOS, Gabriela. Perfil sociodemográfico e econômico de usuários de serviços de atenção psicossocial no sul de Santa Catarina: estudo com 100 participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 24, n. 12, e4596, 2022.

SILVA, Gabriela Lima; CARVALHO, Fabiana de Souza; SOUZA, Adriana Dias de; OLIVEIRA, Gisele de Fátima; SILVA, Ana Carolina; OLIVEIRA, Mariana Aparecida de; JESUS, Priscila de; SILVA, Renata; SILVA, Vanessa Ferreira. Perfil sociodemográfico e econômico de usuários de um serviço de atenção psicossocial na cidade de São Paulo: estudo com 100 participantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 4, p. 1-10, 2020.

SILVA, Dipaula Minotto da. **Transformações na atenção em saúde mental de Criciúma/SC no período de 2001 a 2016**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.

SILVA, Ricardo Alves da; SILVA, Daniele Marques da; BARBOSA, Mariana de Oliveira. Desafios no acesso à saúde mental: um estudo de caso com usuários dos CAPS. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 4, p. 78-92, 2017.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE SANEAMENTO. Panorama do saneamento básico no Brasil 2021. Brasília: **Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/saneamento/snis/produtos-do-snis/panorama-do-saneamento-basico-do-brasil>. Acesso em: 30 out. 2023.

SMITH, Edward; JONES, Sarah; BROWN, David; GREEN, Peter. Territoriality and Mental Health: A Conceptual Framework for Research and Interventions. **Health & Place**, v61, p. 102263, 2020.

SOALHEIRO, Nina Isabel (Org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 17-32.

SOUZA, Ana Maria de. Direitos dos pacientes em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 165-178, 2020.

SOUZA, Clarissa Dutra de. **Perfil sociodemográfico e clínico dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Federal de Saúde Mental, 2015.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; THUMÉ, Elaine; SILVA, Ricardo Azevedo da; GONÇALVES, Helen; SILVA, Suele Manjourany. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 807–815, abr. 2010.

UNESC. **Plano de Desenvolvimento Socioeconômico da AMREC**. Criciúma: Unesc, 2021 Disponível em: https://pdseamrec.unesc.net/plano_desenv_amrec_ebook.pdf. Acesso em: 18 out. 2023.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica brasileira: avanços, retrocessos e desafios**. 1ª ed. Campinas: Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Maria Cecília Pinto. A reforma psiquiátrica brasileira: trajetória, desafios e potencialidades. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 13, n. 2, p. 110-117, 2021.

VOLPATO, Bruno. As 10 Redes Sociais mais usadas no Brasil [2023]1. Resultados Digitais, 2023. Disponível em: <https://resultadosdigitais.com.br/marketing/redes-sociais-mais-usadas-no-brasil/>. Acesso em: 30 out. 2023.

YASUI, Silvio; BARZAGHI, Natália Aparecida. **História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Trabalho apresentado em congresso. Congresso Internacional de Saúde Mental, 5., 2018, Havana, Cuba. 2018.

APÊNDICES

Apêndice A: QUESTIONÁRIO – PERFIL DE USUÁRIOS DOS CAPS

QUESTIONÁRIO	
PERFIL DE USUÁRIOS DOS CAPS	
Identificação do Pesquisador:	
Data da Coleta:	
Nome do entrevistado:	

Bloco 1	
Identificação dos participantes da pesquisa	
1) Município da coleta:	☐ Criciúma ☐ Içara ☐ Orleans ☐ Urussanga ☐ Lauro Müller ☐ Forquilha ☐ Cocal do Sul ☐ Siderópolis ☐ Morro da Fumaça
2) Local da coleta:	☐ CAPS I ☐ CAPS II ☐ CAPS III ☐ CAPS AD
3) Você reside em qual cidade?	☐ Criciúma ☐ Bal. Rincão ☐ Içara ☐ Orleans ☐ Urussanga ☐ Lauro Muller ☐ Forquilha ☐ Cocal do Sul ☐ Siderópolis ☐ Treviso ☐ Nova Veneza ☐ Morro da Fumaça ☐ Preferiu ou não soube responder
4) Bairro: *	
5) Sexo biológico *	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Preferiu ou não soube responder
6) Qual sua identidade de gênero:*	☐ Mulher cisgênero - Mulher que nasceu com o órgão sexual feminino e se identifica como mulher. ☐ Homem cisgênero - Homem que nasceu com o órgão sexual masculino e se identifica como homem. ☐ Mulher transexual/transgênero - E a pessoa que foi atribuída ao sexo ou gênero masculino ao nascer que possui uma identidade de gênero feminina. ☐ Homem transexual/transgênero - E a pessoa que foi atribuída ao sexo ou gênero feminino ao nascer que possui uma identidade de gênero masculina. ☐ Não binário - Pessoas que não se identificam como homens ou mulheres.

	☐ Preferiu ou não soube responder																																																				
7) Qual sua orientação sexual:*	☐ Heterossexual - Se relaciona ou tem interesse por pessoas do sexo oposto. ☐ Homossexual - Se relaciona ou tem interesse por pessoas do mesmo sexo. ☐ Bissexual - Se relaciona ou tem interesse por pessoas do sexo feminino e masculino. ☐ Pansexual - Se relaciona ou tem interesse por pessoas de todos os tipos de gêneros ou orientações sexuais. ☐ Assexual - Pessoa que não se relaciona ou tem interesse sexual. ☐ Preferiu ou não soube responder																																																				
8) Qual sua Idade? (ex: 18, 30) *	Use (99) Preferiu ou não soube responder;																																																				
9) Qual sua Raça/cor? *	☐ Branco/a ☐ Preto/a ☐ Pardo/a ☐ Amarelo/a ☐ Indígena ☐ Preferiu ou não soube responder																																																				
10) Escolaridade *	☐ Não alfabetizado ☐ Ensino fundamental ☐ Ensino médio ☐ Ensino Técnico ☐ Ensino superior ☐ Pós-Graduação ☐ Preferiu ou não soube responder																																																				
11) Sobre a Escolaridade *	☐ Incompleto (a) ☐ Completo (a) ☐ Não se aplica																																																				
12) Em caso de ter pós-graduação	☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós doutorado ☐ Não se aplica																																																				
13) Estado civil *	☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ União estável ☐ Viúvo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Preferiu ou não soube responder																																																				
14) Tem filhos *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder (No caso de não ter filhos pular para 18)																																																				
15) Se sim, quantos?(Ex: 1,2,3). *	☐ Não se aplica (Use (99) para Preferiu ou não soube responder)																																																				
16) Insira o número de filhos por idade:	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Idade</th><th colspan="4">Número de filhos por idade (Marque com um X)</th></tr> <tr> <th>01</th><th>02</th><th>03</th><th>04 ou mais</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Menor de 01 ano</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1 ano</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2 anos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3 anos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4 anos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 anos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6 anos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7 anos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Idade	Número de filhos por idade (Marque com um X)				01	02	03	04 ou mais	Menor de 01 ano					1 ano					2 anos					3 anos					4 anos					5 anos					6 anos					7 anos				
Idade	Número de filhos por idade (Marque com um X)																																																				
	01	02	03	04 ou mais																																																	
Menor de 01 ano																																																					
1 ano																																																					
2 anos																																																					
3 anos																																																					
4 anos																																																					
5 anos																																																					
6 anos																																																					
7 anos																																																					

	8 anos				
	9 anos				
	10 anos				
	11 anos				
	12 anos				
	13 anos				
	14 anos				
	15anos				
	16 anos				
	17 anos				
	18 anos				
	Mais de 18 anos				
	17) No caso de ter filhos, quantos moram com você?*(Ex: 2)	_____ (Use (99) para Preferiu ou não soube responder) ☐ Não se aplica			
18) Você tem religião? Qual?	☐ Não tem religião ☐ Agnóstico ☐ Ateu ☐ Budista ☐ Católico/a ☐ Evangélico/a ☐ Espírita ☐ Judaica ☐ Umbanda, candomblé, religiões afro-brasileiras ☐ Outro: _____ ☐ Preferiu ou não soube responder				
19) Qual sua situação em relação a ocupação/trabalho/emprego? *	☐ Emprego formal ☐ Emprego informal ☐ Autônomo/a ☐ Aposentado/a ☐ Do lar Pensionista ☐ Em benefício ☐ Desempregado/a ☐ Estudante ☐ Preferiu ou não soube responder				
20) Qual sua área de atuação profissional? *	☐ Doméstico/a ☐ Religioso/a (padre, pastor, mãe/pai de santo, freira, esotérico/a, etc.) ☐ Empresário/a, Empreendedor/a Social ☐ Artista (poeta, pintor, ator, dança, etc.) ☐ Segurança Pública ☐ Tecnologia (desenvolvimento de hardware, software, internet) ☐ Financeira (bancos, cooperativas de crédito, etc.) ☐ Agronegócio (criação de animais, plantação de alimentos, etc.) ☐ Educação ☐ Mineração ☐ Comércio e prestação de serviços ☐ Indústria ☐ Construção civil ☐ Turismo e Hotelaria ☐ Saúde e bem-estar ☐ Transporte de cargas e Transporte Urbano (ônibus, aplicativo) ☐ Não possui uma área específica				

Marque com um X a opção que se aplica

	Preferiu ou não soube responder
21) Qual o valor bruto de sua renda familiar mensal? *	_____ (Somente números, Ex: 0, 400 ou 1000)
22) Se estiver desempregado, há quanto tempo?	_____ (Ex: 1a7m) Use (99) para Preferiu ou não soube responder; se não estiver desempregado inserir (0).
23) Você recebe algum tipo de ajuda de terceiros para subsistência? * (financeira, cesta básica, isenção de taxas, etc.)	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
24) Se sim, de quem recebe ajuda:	☐ Não se aplica ☐ Pai e/ou mãe/Irmãos ☐ Outros familiares ☐ ☐ Amigos/Comunidade ☐ Instituição religiosa ☐ Poder público ☐ Preferiu ou não soube responder
25) A local em que você mora é: *	☐ Próprio ☐ Alugado ☐ Cedido ☐ Financiado ☐ Provisório ☐ SRT - Serviço Residencial Terapêutico ☐ Casa de Passagem ☐ Em situação de rua ☐ Instituição de Longa Permanência (ILPI) ☐ Preferiu ou não soube responder
26) O local que você reside tem banheiro(s)? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
27) Quantas pessoas moram no local além de você? *	_____ (Somente números, Ex: 0, 3, 8)
28) Você divide o espaço onde dorme com alguém? *	☐ Não ☐ Sim, com cônjuge/companheiro (a) ☐ Sim, com familiar ☐ Sim, com amigos/colegas ☐ Sim, com pessoas sem vínculo ou proximidade ☐ Preferiu ou não soube responder
Bloco 2	
Situação de saúde dos participantes da pesquisa	
29) Essa é a primeira vez que você frequenta o CAPS? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
30) Se já frequentou o CAPS, qual foi o motivo de ter parado de frequentar da última vez? *	☐ Não se aplica ☐ Alta ☐ Encaminhado para outro serviço da rede ☐ Mudança de endereço ☐ Não queria mais frequentar ☐ Não conseguia vir por questões de saúde ☐ Não conseguia vir por que não tinha transporte ☐ Minha família achou melhor parar ☐ Horário de funcionamento incompatível com o meu trabalho ☐ Preferiu ou não soube responder
31) Se não é a 1a vez, em que ano foi seu primeiro acolhimento	_____ (Ex: 5a8m11d)

em CAPS? *	☐ Não se aplica ☐ Preferiu ou não soube responder
32) Quanto tempo faz desde o seu último acolhimento? *	(Ex: 5a8m11d) ☐ Não se aplica ☐ Preferiu ou não soube responder
33) Como você teve acesso ao CAPS, desta vez? *	☐ Encaminhamento da Atenção Básica (unidade de saúde/Consultório na rua) ☐ Encaminhamento dos serviços de urgência (SAMU / UPA / PS) ☐ Encaminhamento do SUAS (CRAS, CREAS, Casa de Passagem, Centro Pop) ☐ Encaminhamento das especialidades médicas ou outros profissionais de saúde pública ☐ Encaminhamento das especialidades médicas ou outros profissionais de saúde particular ☐ Vontade própria (Demanda espontânea) ☐ Levado pela família ☐ Preferiu ou não soube responder
34) Você sabe o seu diagnóstico? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
35) Se sabe qual seu diagnóstico, sabe o que significa? *	☐ Não se aplica ☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
36) Se sabe qual seu diagnóstico, você já obteve informações sobre o mesmo?	☐ Não se aplica ☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
37) Qual o principal local que você busca informações sobre o seu diagnóstico?	☐ Não se aplica ☐ CAPS ☐ Unidade Básica de Saúde (UBS) ☐ Serviços ou profissionais de saúde mental (privado) ☐ Internet e mídias sociais ☐ Familiares/Amigos/Vizinhos ☐ Preferiu ou não soube responder
38) Atualmente quantos dias por semana você frequenta o CAPS? *	☐ 1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 4 dias ☐ 5 dias ☐ Preferiu ou não soube responder
39) Quais atividades você faz no CAPS? *	☐ Grupos Terapêuticos ☐ Consulta com Psiquiatra ☐ Consulta com Psicólogo ☐ Aplicação/Administração de medicação ☐ Oficinas ☐ PIC's - Práticas Integrativas e Complementares ☐ Terapeuta Ocupacional ☐ Preferiu ou não soube responder
39) Quais profissionais te	☐ Psicólogo/a

atendem no CAPS?	☐ Psiquiatra ☐ Equipe de enfermagem ☐ Nutricionista ☐ Farmacêutico/a ☐ Assistente Social ☐ Profissional de Educação Física ☐ Artesã/o ☐ Médico ☐ Outro: ☐ Preferiu ou não soube responder
40) Você faz uso de medicamentos? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
41) Você sabe para que serve os medicamentos que toma? (para que serve e quais os efeitos colaterais) *	☐ Não se aplica ☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
42) Onde você pega ou compra suas medicações? *	☐ Não se aplica ☐ CAPS ☐ Farmácia Popular ☐ Farmácia Central ☐ Farmácia da rede privada ☐ Farmácia Solidária ☐ Farmácia Escola ☐ UBS/ESF ☐ Preferiu ou não soube responder
43) Você precisa de ajuda para usar as medicações? *	☐ Não se aplica ☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
44) Se sim para a pergunta anterior, quem lhe auxilia? *	☐ Não se aplica ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Vizinho ☐ CAPS ☐ Unidade de Saúde ☐ Profissional de Enfermagem ☐ Preferiu ou não soube responder
45) Você usa algum outro serviço de saúde, ou assistência social, ou assistência ao trabalhador, ou saúde mental além deste CAPS? Quais ? *	☐ Não ☐ CAPS I ☐ CAPS II ☐ CAPS III ☐ CAPS i ☐ CAPS ad ☐ SOMAR (Geração de renda) ☐ CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) ☐ Consultório na rua ☐ UBS: Psicólogo/a

	☐ Psicólogo Particular ☐ UBS: Psiquiatra ☐ Psiquiatra Particular ☐ Leito psiquiátrico em Hospital Geral ☐ Leito psiquiátrico em Hospital Geral "Público" ☐ Leito psiquiátrico em Hospital Geral ou clínica ☐ privada Comunidade terapêutica ☐ Nuprevips ☐ Outro: _____ ☐ Preferiu ou não soube responder
46) Você tem algum familiar que utiliza ou já utilizou algum serviço de saúde mental? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
47) Qual o serviço de saúde mental seu familiar utiliza ou já utilizou? *	☐ CAPS I ☐ CAPS II ☐ CAPS III ☐ CAPS i ☐ CAPS ad ☐ SOMAR (Geração de renda) ☐ CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) ☐ Consultório na rua ☐ UBS: Psicólogo/a ☐ Psicólogo Particular ☐ UBS: Psiquiatra ☐ Psiquiatra Particular ☐ Leito psiquiátrico em Hospital Geral ☐ Leito psiquiátrico em Hospital Geral "Público" ☐ Leito psiquiátrico em Hospital Geral ou clínica ☐ privada Comunidade terapêutica ☐ Nuprevips ☐ Outro: _____ ☐ Preferiu ou não soube responder
48) Você possui alguma dessas doenças? *	☐ Não ☐ Hipertensão (pressão alta) ☐ Diabetes ☐ Doença cardíaca ☐ Hiper ou Hipotireoidismo ☐ Câncer ☐ Asma ☐ Doença pulmonar (bronquite / enfisema) ☐ Doenças renais ☐ Parkinson Alzheimer ☐ Fibromialgia ☐ Artrose e artrite (reumatológica) ☐ Preferiu ou não soube responder
49) Você possui alguma dessas	☐ Não

deficiências? *	☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Intelectual ☐ Múltiplas ☐ Preferiu ou não soube responder
50) Você precisa de auxílio para sua rotina diária? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
51) Quem lhe ajuda em sua rotina diária? *	☐ Não se aplica ☐ Familiares ☐ Ajudante / cuidador / Acompanhante ☐ Terapêutico Amigo ☐ Vizinho ☐ Preferiu ou não soube responder
52) Nos últimos 6 meses você usou algum destes serviços ou especialidades? *	☐ Não ☐ Clínica médica: atendimento primário ou atenção básica. ☐ Alergia e imunidade ☐ Cardiologia ☐ Cirurgia ☐ Dermatologia ☐ Endocrinologia: relativo as questões hormonais ☐ Gastroenterologia: trata as doenças do sistema digestivo ☐ Geriatria: aspectos do envelhecimento, cuidado e prevenção ☐ Ginecologia e obstetrícia ☐ Medicina intensiva: relacionado há emergência hospitalar ☐ Nefrologia: relacionado a problemas no sistema renal (rins) ☐ Neurocirurgia ☐ Neurologia: problemas no sistema nervoso ☐ Nutrologia ou nutrição ☐ Oftalmologia ☐ Oncologia ☐ Ortopedia ☐ Otorrinolaringologia: ouvido, do nariz e da garganta ☐ Pneumologia: doenças relacionadas ao sistema respiratório ☐ Reumatologia: (articulações, ossos, músculos, cartilagens, tendões e ligamentos) ☐ Urologia: problemas e doenças das vias urinarias e do sistema reprodutor do homem ☐ Preferiu ou não soube responder
Bloco 3	
Uso e ocupação do território pelos participantes da pesquisa	
53) Antes da pandemia, em quais lugares você costumava ir? *	☐ CAPS ☐ Unidade de saúde ☐ Supermercado ☐ Igreja/ou equivalente ☐ Familiares (visita) ☐ Amigos (visita) ☐ Parque e Praças ☐ Bares

	☐ Restaurantes ☐ Festas ☐ Cinema ☐ Escola/universidade ☐ Academia ou outro de atividade física ☐ Trabalho ☐ Associações/conselhos ☐ Preferiu ou não soube responder
54) Nos últimos 6 meses, quais lugares da cidade você costuma ir? *	☐ CAPS ☐ Unidade de saúde ☐ Supermercado ☐ Igreja/ou equivalente ☐ Familiares (visita) ☐ Amigos (visita) ☐ Parque e Praças ☐ Bares ☐ Restaurantes ☐ Festas ☐ Cinema ☐ Escola/universidade ☐ Academia ou outro de atividade física ☐ Trabalho ☐ Associações/conselhos ☐ Preferiu ou não soube responder
55) Como você costuma se locomover? *	☐ A pé ☐ Bicicleta ☐ Transporte público ☐ Veículo próprio (carro, moto, etc.) ☐ Transporte do CAPS ☐ Aplicativos (Uber, 99, outros) ☐ Carona ☐ Preferiu ou não soube responder
56) Quais dos serviços a seguir atendem sua residência? *	☐ Internet própria ☐ Internet cedida ☐ Telefone fixo ☐ Telefone móvel ☐ Rede pública de água regular ☐ Rede pública de água irregular ☐ Rede pública de energia elétrica regular ☐ Rede pública de energia elétrica irregular ☐ Rede de esgoto ☐ Coleta de lixo ☐ Transporte público ☐ Iluminação pública ☐ Pavimentação ☐ TV Aberta ☐ TV por Assinatura ☐ Streaming (Netflix, Globoplay, Amazon Prime, etc)

	☐ Preferiu ou não soube responder
57) Você faz uso de rede social? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
58) Se você faz uso de rede social, pode me dizer quais? *	☐ Não se aplica ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ WhatsApp ☐ Telegram ☐ Twitter ☐ Tinder ☐ TikTok ☐ Preferiu ou não soube responder
Bloco 4	
Protagonismo de usuários participantes da pesquisa	
59) Você conhece seus direitos e deveres como usuário/a de um serviço de saúde mental? *	☐ Sim ☐ Não ☐ Preferiu ou não soube responder
60) Se sim na pergunta anterior, cite quais você conhece:	☐ Não se aplica ☐ Preferiu ou não soube responder
61) Você participa ou participou de alguma organização/associação de usuários de serviços de saúde mental? *	☐ Sim ☐ Não, nunca pensei nisso ☐ Não, mas gostaria ☐ Não, não me interessa ☐ Não lembra ☐ Preferiu ou não soube responder
62) Se sim na pergunta anterior, qual/quais? *	☐ Não se aplica ☐ Preferiu ou não soube responder
63) Quem respondeu a entrevista? *	☐ Usuário ☐ Familiar ☐ Profissional ☐ Preferiu ou não soube responder

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da pesquisa: Serviços de saúde mental: o fortalecimento das estratégias de protagonismo de usuários e familiares para efetivação do cuidado em liberdade

Objetivos: identificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) dos municípios da Região Carbonífera; verificar a existência ou interesse na criação de associações de usuários e familiares de serviços de saúde mental.

Participantes (Público-alvo pesquisa): usuários dos CAPS Região Carbonífera (Momento I)

Período da coleta de dados: 01 de março de 2022 a 10 de agosto de 2022

Tempo estimado para cada coleta: 30min

Local da coleta: CAPS da Região Carbonífera

Pesquisador/Coordenador: Fabiane Ferraz

Telefone: (48) 3431-2609

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que fui orientado(a) de que:

- poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a coleta de dados da pesquisa.

- por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui esclarecido(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para realização da pesquisa.

- foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

- estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

- os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Antes de eu assinar esse documento, recebi pessoalmente do(a) pesquisador(a) que está coletando as informações, esclarecimentos de que os dados serão coletados por meio de 3 momentos: o primeiro momento é para usuários (que estou participando agora), o segundo momento para profissionais do CAPS e o terceiro momento para ambos, sendo que eu tenho a liberdade de não participar do último momento, mesmo participando desse primeiro. Neste primeiro momento, irei responder um questionário a uma pessoa (pesquisador/a) que me fará perguntas sobre minha vida, saúde e relação com o CAPS. Esse questionário está dentro de um tablete, organizado em blocos, com questões objetivas em que o(a) pesquisador(a) irá assinalar 1 alternativa, conforme eu responder. O tempo estimado para preenchimento é de aproximadamente 30min.

RISCOS

Tenho ciência que os riscos destes procedimentos serão mínimos, segundo a Resolução 466/2012, podendo ser decorrentes da minha exposição como participante a questionamentos que, momentaneamente, poderão me causar desconforto. Caso isso ocorreu eu sei que devo expor minhas sensações e/ou constrangimentos, ficando livre para encerrar ou retomar o procedimento quando tiver vontade, além de contar com suporte psicológico para atendimento coletivo caso haja necessidade, o qual será indicado pelos pesquisadores vinculados à Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Devido o período pandêmico que vivenciamos nos exigir medidas de proteção individual, me informaram que nos três momentos do processo de coleta de dados, os pesquisadores garantirão todas as medidas de biossegurança na prevenção à Covid-19, visando a minha proteção como participante da pesquisa e proteção do pesquisador. Para tanto, os pesquisadores garantem cuidados relacionados a: 1. Realizar a coleta de dados em ambiente ventilado; 2. O pesquisador durante a coleta usará máscara PFF2, ou N-95, ou máscara de tecido ou cirúrgica acompanhada de protetor facial; 3. Caso eu não queira usar máscara, será suspenso a coleta dados comigo, sendo que os pesquisadores irão me oferecer máscara cirúrgica no momento da coleta; 4. Para quem participar do 2º ou 3º momentos, será garantido que os participantes fiquem em um distanciamento de no mínimo 1,5m; 5. Irão passar álcool 70% em canetas, celular ou outros recursos físicos utilizados entre cada coleta de dados; 6. No trabalho de campo, os pesquisadores carregarão frascos com álcool 70% para higienização das mãos e recursos físicos.

BENEFÍCIOS

Como benefícios, compreendo que esse estudo auxiliará na melhoria do processo de vínculo e compreensão das funções entre os serviços do CAPS e os usuários/famílias, bem como, fortaleça e/ou estructure associações de usuários e familiares em distintos municípios da Região Carbonífera, que compreendam a importância de serviços como os CAPS para o fortalecimento do cuidado em liberdade.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(a) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) FABIANE FERRAZ, pelo telefone (48) 3431-2609 e/ou pelo e-mail fabi.ferraz@unesc.net.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723, ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS

Voluntário(a)/Participante

Assinatura

Nome: _____

CPF: _____

Pesquisador(a)/Responsável

Assinatura

Nome: Fabiane Ferraz
CPF: 951.924.330-53

_____/SC, _____ de _____ de 20____.

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO A: Parecer de aprovação do macroprojeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESC



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 4.818.504

CAAE: 47070321.3.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Fabiane Ferraz

Título: SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: O FORTALECIMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE PROTAGONISMO DE USUÁRIOS E FAMILIARES PARA EFETIVAÇÃO DO CUIDADO EM LIBERDADE.

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 30 de junho de 2021


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.