

Cartografia dos processos de vulnerabilização institucional em um CAPS Infantil

Cartography of institutional vulnerabilization processes in a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSi)

Cartografía de los procesos de vulnerabilización institucional en un CAPS Infantil

Cartographie des processus de vulnerabilisation institutionnelle dans un CAPS Infantil

 10.5020/23590777.rs.v25iEsp.e15126

Tatiana Benevides Magalhães Braga¹  

Psicóloga, pós-doutora pela FCA/Unicamp, docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Marciana Gonçalves Farinha  

Psicóloga com pós-doutorado em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Eduardo José Marandola Júnior  

Geógrafo com Livre Docência na Área de Sociedade e Ambiente.

Resumo

A presente pesquisa investigou os processos de vulnerabilização institucional e resistência de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Para tanto, realizou uma cartografia clínica, tendo como fontes de dados documentos governamentais, diários de bordo da pesquisadora, documentos institucionais e registros de atividades. Os resultados descrevem cinco processos de vulnerabilização institucional: limitação de recursos materiais e humanos; perturbação da economia institucional; implantação de dispositivos panópticos de vigilância; desassistência à capacitação das equipes da rede de assistência e sobrecarga e adoecimento dos trabalhadores. Conclui-se que tais processos estão ligados a elementos da estrutura social, de ordem política, econômica e cultural, e que são produtores de vulnerabilidade tanto no entrave à capacidade de resposta às demandas quanto na desestruturação de elementos democratizantes que atuam como mobilizadores do trabalho por melhorias sociais.

Palavras-chave: instituições, vulnerabilidade, políticas públicas, saúde mental.

Abstract

This research investigated the processes of institutional vulnerability and resistance of a Children's Psychosocial Care Center. To this end, a clinical cartography was carried out, using government documents, the researcher's logbooks, institutional documents and activity records as data sources. The results describe five processes of institutional vulnerability: limitation of material and human resources, disruption of the institutional economy, implementation of panoptic surveillance devices, lack of assistance in the training of assistance network teams and overload and illness of workers. It is concluded that such processes are linked to elements of the social structure, of a political, economic and cultural nature, and that they are producers of vulnerability both in hindering the ability to respond to demands and in the destructuring of democratizing elements that act as mobilizers of work for social improvements.

Keywords: institution, vulnerability, political policies, mental health.

¹ Este artigo é derivado do pós-doutorado intitulado *Cartografia clínica do processo de desmedicalização e produção da reforma psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil a partir do dispositivo de Supervisão Institucional*.

Resumen

Este trabajo investigó los procesos de vulnerabilidad y resistencia institucional de un centro de atención psicosocial infantil. para ello, se realizó una cartografía clínica, utilizando como fuentes de datos documentos gubernamentales, registros de investigadores elaborados durante el trabajo de campo y documentos institucionales, actas y notas de reuniones, discusiones, supervisiones y otras actividades ocurridas durante la investigación. los resultados describen cuatro procesos de vulnerabilidad institucional: limitación de recursos materiales y humanos, disrupción de la economía institucional, implementación de dispositivos panópticos de vigilancia, falta de asistencia en la capacitación de los equipos de la red de atención y sobrecarga y enfermedad de los trabajadores. se concluye que tales procesos están vinculados a elementos de la estructura social, de carácter político, económico y cultural, y que son productores de vulnerabilidad tanto en el sentido de obstaculizar la capacidad institucional para responder a las demandas como en la perturbación de los procesos democratizadores. elementos. quienes actúan como movilizados del trabajo por mejoras sociales.

Palabras clave: instituciones, vulnerabilidad, políticas públicas, salud mental.

Resumé

Cette recherche a étudié les processus de vulnérabilité institutionnelle et de résistance d'un centre de soins psychosociaux pour enfants. A cet effet, une cartographie clinique a été réalisée, en utilisant comme sources de données les documents gouvernementaux, les carnets de bord du chercheur, les documents institutionnels et les relevés d'activités. Les résultats décrivent cinq processus de vulnérabilité institutionnelle: limitation des ressources matérielles et humaines, perturbation de l'économie institutionnelle, mise en place de dispositifs de surveillance panoptique, manque d'assistance dans la formation des équipes du réseau d'assistance et surcharge et maladie des travailleurs. On conclut que de tels processus sont liés à des éléments de la structure sociale, de nature politique, économique et culturelle, et qu'ils sont producteurs de vulnérabilité à la fois en entravant la capacité de répondre aux demandes et en déstructurant les éléments démocratisants qui agissent comme mobilisateurs du travail pour des améliorations sociales.

Mots-clés : institutions, vulnérabilité, politiques publiques, santé mentale.

Introdução

A vulnerabilidade é um conceito transdisciplinar e polissêmico, cujo significado varia conforme o contexto – “vulnerabilidade a quê?” (Marandola & Hogan, 2006). Imanente à existência (Heidegger, 2015), manifesta-se em diferentes dimensões: ambiental, na exposição a desastres naturais (Beck, 2011); social, em conflitos e fragilidades históricas (Perissinotto, 2007); socioeconômica, na exposição estrutural à miséria (Beck, 2011); e psicológica, na atomização dos vínculos sociais (Braga, 2014). Embora essas dimensões se entrecruzem, contextos específicos podem evidenciar determinado aspecto, permitindo a aplicação do conceito a diferentes áreas e níveis de agregação, do indivíduo à instituição.

Nesta análise, adota-se a vulnerabilidade como dispositivo para compreender os processos de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Entendida como uma gradação da capacidade institucional de oferecer assistência de qualidade em boas condições de trabalho, a vulnerabilidade se manifesta em problemas de objetivos, dinâmicas de trabalho, relações internas e condições materiais. Seguindo Hopenhayn (2002), é uma realidade material e um “fantasma” persistente. Nesse sentido, este artigo busca analisar os processos que geram, intensificam ou atenuam essa vulnerabilidade institucional – os **processos de vulnerabilização**. Essa noção desloca o foco de um retrato estático para o caráter processual de sua produção, considerando a influência de agentes sociais e políticos e favorecendo o enfrentamento.

O termo instituição refere-se a práticas sociais legitimadas (o instituído) que convivem com a emergência de novas práticas (o instituinte), em uma dinâmica atravessada por relações de poder (Lemos et al., 2014). Os CAPS, dispositivos centrais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), são paradigmáticos dessa contradição. Sua criação, como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, representou um avanço, mas seu processo de institucionalização ocorreu em um cenário complexo de avanços e retrocessos (Farinha & Braga, 2018).

A RPB surgiu como crítica à hegemonia da psiquiatria biologizante, que individualizava o sofrimento e promovia a segregação manicomial – uma “indústria da loucura” marcada por violações de direitos (Amarante, 2020; Paulin & Turato, 2004). Assim, a reforma evoluiu da humanização do âmbito asilar para uma reinvenção epistemológica do sofrimento como multidimensional. No Brasil, impulsionada pela redemocratização, a luta resultou na Lei n.º 10.216 (2001), mas não sem resistências, que diluíram a proposta original.

Nesse contexto, os CAPS, regulamentados pela Portaria n.º 224/92 (Ministério da Saúde, 1992), tornaram-se os principais substitutivos dos manicômios. No entanto, a centralidade desse modelo, consolidada com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), gerou problemas. Em síntese, privilegiou a instituição em detrimento do território, criando um “capscômio” (Yasui et al., 2016), manteve a centralidade no diagnóstico e limitou as opções de cuidado, reproduzindo exclusões. Os CAPS são, assim, o lócus das contradições da RPB.

Os CAPS infantis (CAPSi) operam nessa interface crítica, lidando, ainda, com o sucateamento do sistema educacional. A escola, local de observação de violações de direitos, frequentemente, patologiza dificuldades de aprendizagem oriundas de problemas sociais, transferindo para a saúde mental demandas de outra ordem. O avanço da RPB requer, portanto, a articulação entre práxis e política, superando a individualização do sofrimento que obscurece seus determinantes sociais (Onocko-Campos, 2019).

Diante desse cenário, o presente artigo cartografou os processos de vulnerabilização institucional em um CAPSi, compreendendo como eles enfraquecem a capacidade da instituição em sustentar os princípios da Reforma Psiquiátrica. Quando tais processos incidem sobre instituições de assistência, limitam seu potencial de cuidado para a população em situação de vulnerabilidade que mais dela depende.

Percurso Metodológico

A pesquisa utilizou a cartografia clínica (Braga, 2014), método de pesquisa interventiva de perspectiva fenomenológica, que considera a presença do pesquisador, simultaneamente, na participação nos fenômenos, na construção de direcionamentos possíveis e na investigação das vivências dos atores sociais em seu contexto e no tempo de seu acontecer. A pesquisa interventiva consiste em um dispositivo de compreensão da dinâmica, do alcance e dos limites das práticas interventivas e institucionais para a promoção de cidadania em instituições. A escuta clínica, pautada no acolhimento e na elaboração de demandas psicossociais, permite ao cartógrafo impregnar-se da atmosfera do campo e analisar as relações entre atores, território, práticas e criação de possibilidades interventivas.

O trabalho de campo foi realizado no CAPSi de uma cidade de 130 mil habitantes no interior de São Paulo, durante dez meses, com frequência de três visitas semanais. A atuação incluiu tanto atividades internas quanto de articulação em rede.

As atividades internas ao CAPSi abrangeram atendimentos clínicos da pesquisadora, individualmente e em conjunto com a equipe, supervisão clínica e institucional, reuniões para discussão de casos clínicos de acolhimento, triagem e atendimento contínuo no CAPSi. Escutou-se clinicamente os atores sociais para construir uma lógica do cuidado multidimensional e investigar a dinâmica institucional – suas necessidades, conflitos e potencialidades –, visando desenvolver estratégias e práticas pertinentes às questões surgidas no contexto. As discussões institucionais abriram um processo reflexivo e de clareamento do cenário social e das ações pertinentes frente às questões e situações surgidas na relação entre a instituição e a estrutura mais ampla da rede, da gestão pública, da população atendida e de outros fatores de influência para o cotidiano das práticas desenvolvidas no CAPSi.

As atividades de articulação em rede abrangeram reuniões conjuntas com outras instituições – escolas cujos alunos eram atendidos pelo CAPSi, agentes da secretaria de saúde e de atendimento na Atenção Primária e Secundária em saúde e saúde mental –, bem como discussão e elaboração de documentos a outras instituições, tais como à Secretaria de Saúde do Município, ao Conselho Tutelar, ao Ministério Público, às unidades do sistema de justiça, entre outras. Houve reuniões de discussão de casos clínicos, de rede, de planejamento da política pública, entre outros. Nessas atividades, vislumbrou-se a dinâmica dos cenários sociais em suas transformações e engessamentos, seja por mudanças ocorridas nas instituições, seja por alterações na equipe de trabalho, seja pelo surgimento de novos problemas ou novos temas. A participação da pesquisadora buscou construir espaços dialógicos, afastando-se de uma perspectiva de adequação a conceitos prévios.

Os dados foram coletados por meio de diários de bordo e documentos de campo, tais como anotações de reuniões, documentos dirigidos a outras instituições, anotações sobre discussões de casos clínicos atendidos e anotações de supervisão clínica e institucional. Os diários de bordo são registros realizados a cada visita, relatando a experiência mestiçada no campo, articulando a trama de significados, as percepções, as reflexões e as práxis (Braga, 2014). A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa pelo CAAE (a ser preenchido após a aprovação).

A análise de dados baseou-se na hermenêutica fenomenológica, descrevendo-se os fenômenos de vulnerabilização dos processos institucionais e articulando-os com dimensões constituintes de sua emergência nos âmbitos histórico, político, econômico, administrativo, jurídico e psicossocial. Os dados foram submetidos à discussão com os trabalhadores da instituição, visando à construção democrática da análise. Assim, a análise detalhou um conjunto de processos de gestão que opera na construção da insuficiência institucional, os denominados processos de vulnerabilização institucional. Os achados foram divididos em quatro categorias: problemas institucionais, capacidade de atendimento e influências da gestão pública; processos de vulnerabilização institucional; precarização e vulnerabilização institucional; vulnerabilização, imobilidade e perturbação da economia institucional.

Problemas institucionais, capacidade de atendimento e influências da gestão pública

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) estudado situa-se em uma cidade de pouco mais de 126 mil habitantes do interior de São Paulo, que está entre as dez cidades mais ricas do estado de São Paulo, com salário médio dos trabalhadores formais de 3,2 salários mínimos e 27,5% da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até 1/2 salário mínimo. Dados alguns índices, como segurança, oferta de escolaridade, saneamento básico e outros, a cidade possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,819, considerado alto, no entanto, com avaliação aquém do índice obtido em educação, apontando para uma relevante desigualdade social.

A despeito de alguns bons índices, como os de saneamento básico, verifica-se a precarização de políticas públicas importantes, por exemplo, terceirização de professores na educação pública estadual e baixos índices de aproveitamento do aprendizado na rede pública, sobretudo entre classes populares e negros (QEd, 2018). Na saúde, o município conta com Postos de Saúde (PS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais, pronto-socorro, centros de especialidades e ambulatórios. Todavia, não implantou o programa de agentes comunitários de saúde nem deu pleno funcionamento à estratégia de saúde da família. O município conta, ainda, com equipe reduzida no Centro de Referência da Assistência Social (CREAS), que, durante dez meses da pesquisa realizada, possuía apenas dois profissionais – um psicólogo e um assistente social, número reduzido frente às diretrizes da NOB/SUAS/ 2011 (Ferreira, 2011), que preconiza dez técnicos para cidades acima de 100 mil habitantes. A subcontratação agravou o atendimento com aumento de violações de direitos durante a pandemia da COVID-19 (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023), sobretudo entre mulheres e crianças vítimas de violência.

O próprio modo como o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) estudado se constituiu reflete processos de precarização das políticas públicas. O dispositivo foi inaugurado em 2016, já com atraso em relação à determinação jurídica e à viabilização financeira pelo governo federal. Diante disso, o Ministério Público solicitou informações sobre o andamento do processo, em situação semelhante ao ocorrido com o Centro de Atenção Psicossocial Adulto e o CAPS Álcool e Drogas do município, instalados somente após moções de apelo e requerimentos de informações por agentes da sociedade civil e pela Câmara de Vereadores.

Durante a pesquisa de campo, os profissionais da rede de saúde relataram incorreções na produção documental enviada ao governo federal, particularmente relativas à descrição do serviço. A portaria publicada anteriormente, determinando a formação do CAPSi e a verba federal liberada, preconizava um número de profissionais e equipamentos maior do que o efetivamente alocado no serviço. Para cobrir o hiato, foram incluídos, como pertencentes ao CAPSi, servidores públicos que estavam, de fato, alocados em outros serviços e equipamentos. Assim, o trabalhador figurava como de trabalho exclusivo no CAPSi, mas, na realidade, dividia-se com outras instituições. Houve, portanto, distorção do relatório e subdimensionamento da equipe atuante na instituição e dos insumos disponíveis. Mesmo com tais pressões, atrasos e problemas, a Câmara Municipal aprovou, em sessão, um voto de louvor e congratulações à prefeitura pela inauguração do serviço.

Do ponto de vista da organização de rede, o serviço também foi constituído com problemas estruturais. Anteriormente, os atendimentos das demandas de saúde mental moderadas e graves eram realizados em centros de especialidades em saúde do município, estruturados de modo desarticulado com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza o atendimento de especialidades nas UBS. Esses centros continuaram o atendimento de demandas consideradas leves, gerando dificuldades no tocante à distribuição de casos, já que, contrariamente aos serviços alinhados à estrutura do SUS, tais estabelecimentos não possuem dispositivos legais, como portarias e cartilhas, que regem seu funcionamento, deixando a tarefa de determinar casos atendidos, fila de espera e outros procedimentos aos profissionais. Isso levou a uma grande variabilidade na assistência, devido a fatores como preferências pessoais dos profissionais, acordos com governantes do município, condução da relação com os demais serviços e outros aspectos alheios à manutenção da qualidade do atendimento.

Outra questão marcante na formação do CAPSi se referiu ao diálogo com os trabalhadores, já que a maioria dos profissionais da equipe inicial relatou não ingressar por escolha, mas enxergavam sua transferência ao CAPSi como uma ação punitiva, em razão de aspectos como discordância de algumas ordens e problemas relacionais com equipes de trabalho nas instituições de origem, divergências políticas ou avaliação negativa do profissional pela chefia. Assim, esses trabalhadores, tendo, inicialmente, direcionado suas carreiras para outros campos da saúde, não apenas careciam de experiência e formação específica em saúde mental, como também de disposição pessoal para esse tipo de serviço. O restante da equipe completou-se por meio de contratos precários nos anos iniciais e, somente após algum tempo, foram realizados concursos públicos, permitindo o ingresso de profissionais com formação e intenção específica de atuar na saúde mental. A coordenação escolhida dividia-se na gestão de dois serviços, não havendo cuidado integral aos processos do CAPSi. Tais fatores geravam dificuldades para estruturar o fluxo de assistência, insegurança sobre o direcionamento dado aos casos na relação com outros serviços e com a equipe, conflitos entre a equipe, rotatividade de profissionais advindos de contratos precários que encontravam outras colocações e uma percepção de outros dispositivos da rede quanto ao CAPSi ser uma instituição insalubre para o trabalhador.

A precarização na estrutura do CAPSi, articulada à precarização de políticas públicas de saúde, educação e assistência social do município, gerou diversas situações de vulnerabilidade institucional, demandando trabalho e soluções para as quais a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infantil não se percebia preparada, tanto na dimensão técnica quanto material. Por exemplo, a alta procura pelo serviço, em razão da dificuldade para conseguir atendimento em outros locais, levava à necessidade de avaliar as demandas pertinentes ao atendimento e criar procedimentos resolutivos de encaminhamento. O acolhimento inicial dessa parcela da população que não seria atendida no CAPSi e as dificuldades de seu encaminhamento geravam sobrecarga de trabalho, dificultando a realização de ações necessárias a uma atenção integral à saúde, tais como o diálogo com escolas e as atividades vinculadas a dispositivos públicos.

A insuficiência de recursos, tais como transporte próprio e equipe completa, dificultava a priorização e o acordo entre os profissionais. Dessa forma, as dificuldades técnicas para efetivar determinados procedimentos, tais como a contenção de pacientes em crise, gerava conflitos entre a equipe, tanto na organização quanto na distribuição do trabalho. Esses elementos cooperavam para uma atuação centrada em elementos paliativos de controle de sintomas, sobretudo centrados na medicação e em orientações diretivas à família, sem uma análise mais ampla do modo como as queixas foram geradas e como poderiam ser abordadas, atuando-se em seus fatores de influência de modo mais resolutivo.

Os processos de vulnerabilização institucional

Neste estudo, identificaram-se quatro modos de produção do hiato entre demanda e capacidade de resposta: 1) precarização dos elementos administrativos, materiais e humanos próprios para responder à demanda; 2) criação artificial de um aumento de exigências administrativas, materiais e humanas, necessárias à conclusão da resposta à demanda; 3) aumento efetivo da demanda em relação à estrutura já implementada, levando a capacidade de resposta a não acompanhar a ampliação da demanda.

A precarização dos elementos institucionais pode ser notada em quadros de falta de reposição de materiais básicos, na fragilização de vínculos de trabalho, na criação de processos de gestão que diminuem a resolutividade do serviço etc. Uma cena comum, em que se identifica essa fragilização nas políticas públicas de saúde, é a contratação de organizações privadas em desfavor de concursos públicos, o que leva a uma relação precária com o trabalho, bem como com os elementos de gestão coletiva e de participação popular do SUS. A alta rotatividade de profissionais gera descontinuidade da assistência, limita a construção do vínculo entre profissional e população assistida, dificulta a qualificação contínua do serviço, desarticula a reivindicação popular pela ampliação da qualidade assistencial e sujeita os serviços à instabilidade política nas mudanças de governo. Esses problemas, no caso da saúde mental, geram obstáculos à implementação efetiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica (Lima et al., 2023).

A diminuição da capacidade de resposta em razão do aumento de exigências relativas aos procedimentos pode ser ilustrada pela criação de entraves burocráticos, logísticos ou operacionais desnecessários. Nas políticas públicas de saúde, isso pode ser observado, por exemplo, quando a organização do fluxo leva o usuário a passar por procedimentos de acolhimento em diversos serviços, circulando durante meses antes de efetivar um atendimento, ou quando são exigidos vários registros e condutas burocráticas para executar ações simples, criando um volume de trabalho inefetivo e incompatível com as demandas cotidianas. Muitas vezes, tais situações levam à desistência ou não realização dos serviços por profissionais ou à desistência da população em recolher documentos ou realizar procedimentos exigidos, ou a situações de evasão de cuidados em saúde, educação ou outros serviços.

O hiato entre demanda e capacidade de atendimento ocorre quando o aumento populacional não é acompanhado por ampliação proporcional da capacidade assistencial. Quando o Estado não providencia novos profissionais e dispositivos de atendimento, diminui-se a capacidade de resposta do sistema à demanda, intensificando o risco da falta de acesso pelos indivíduos demandantes e a pressão sobre o sistema como um todo, o que pode aumentar demandas institucionais, como o imperativo de gerir uma lista de espera ou realizar adaptações inadequadas para receber uma superlotação na instituição. Notou-se esse processo não apenas no tocante às demandas do serviço, tais como atendimento psicológico, psiquiátrico, de enfermagem e serviço social, mas também no encaminhamento e na articulação em rede, por exemplo, dificuldades da equipe do CAPSi de encontrar vagas e submissão a longas filas de espera em creches ou para transferência escolar, em atendimento no CREAS, na Defensoria Pública do município, no atendimento a crianças com deficiência, entre outros serviços.

Precarização e vulnerabilização institucional

Os primeiros aspectos evidenciados no CAPSi foram processos de vulnerabilização decorrentes da limitação de recursos, materiais e humanos, não apenas na escassez, mas também no controle sobre seu direcionamento e nos entraves para sua aplicação. No tocante aos recursos humanos, destacou-se a atuação da equipe em um número inferior ao previsto na portaria de criação do CAPSi no município: ele estava há seis meses sem psiquiatra no início da pesquisa, passando por quatro meses sem equipe completa de psicólogos e por três meses sem técnico de enfermagem ao final da pesquisa. Concorreram para isso três aspectos. O primeiro foi a já citada manutenção, pela gestão do município, de servidores, na

documentação do CAPSi, que operavam em outros serviços, situação continuamente denunciada, que demorou pouco mais de cinco anos para ser regularizada. O segundo foi a contratação precária e o adiamento de contratações e chamadas de concursos, gerando rotatividade e desfalque. O terceiro foi a desvalorização dos profissionais em ações materiais e imateriais.

Nas situações de desfalque, a equipe se mobilizou para solicitar à gestão que estabelecesse o quadro completo de servidores. No caso da falta de psiquiatra, foram realizadas várias demandas ao município e posterior notificação ao Ministério Público, que determinou a contratação. Frente ao atraso no cumprimento da determinação, foi realizada uma assembleia com os usuários, expondo a situação e as medidas tomadas pela equipe, visando democratizar o processo de gestão e prestar contas à população. O ato levou à mobilização do público atendido, na qual alguns usuários se organizaram para oferecer uma denúncia ao jornal local, que divulgou uma reportagem sobre o desfalque da equipe, levando a gestão a providenciar um psiquiatra poucos dias depois.

A terceirização de trabalhadores por meio de contratos precários interferiu na qualidade da assistência e ampliou a vulnerabilidade institucional de três modos: gerou diferenças salariais/contratuais entre profissionais de mesma função e problemas na organização de tarefas; ampliou a rotatividade, pois trabalhadores contratados precariamente encontravam outras colocações e deixavam o serviço, levando a recomençar o trabalho de vincular pacientes junto a outros profissionais, e, finalmente, gerou o trabalho de articular a chefia do serviço e a instituição contratante, dificultando a organização interna.

Quanto às ações de desvalorização dos profissionais, realizaram-se estudos, por parte da gestão municipal, para a retirada da gratificação por insalubridade dos trabalhadores de saúde mental da rede pública do município. Além de levar à perda de interesse de candidatos, piorando a rotatividade da equipe, a ação foi percebida, pelos profissionais, como um desinteresse da gestão na valorização do trabalho, dificultando a construção de perspectivas de melhoria do serviço e sentido do trabalho. Ademais, notou-se desassistência na capacitação dos profissionais, sobretudo na ausência de suporte jurídico em articulações necessárias à saúde, como diálogo com o Ministério Público, atuação em violações de direitos e procedimentos relativos à legislação em saúde, além da capacitação técnica em saúde mental. As duas únicas capacitações realizadas durante a pesquisa decorreram da iniciativa própria da equipe, sendo uma delas a supervisão institucional solicitada à pesquisadora, e outra, um curso de um dia, solicitado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) municipal pela equipe para manejo de pacientes em crise.

Por outro lado, quanto à limitação de recursos materiais, um evento significativo se referiu à ausência de um transporte adequado para ações estratégicas, como visitas domiciliares, apoio matricial às unidades de saúde e atividades externas que integram o processo de reinserção social dos atendidos, tais como atividades esportivas, visitas culturais, cursos, entre outros. O transporte específico da instituição é garantido por diversas portarias federais que se complementam, porém, a gestão municipal compartilhou o veículo entre o CAPSi e outros quatro dispositivos de saúde mental que também tinham direito ao recurso, limitando os dias da semana em que era possível marcar atividades externas.

Desse modo, as ações ficaram comprometidas e, muitas vezes, requeriam uma confirmação de disponibilidade e uma reorganização de outras atividades. Essa situação apenas foi solucionada após diversos movimentos de resistência e de persistência da equipe de trabalhadores, realizando constantes solicitações, documentações das situações envolvendo ausência de veículo e denúncias ao Ministério Público, levando à obtenção de veículo próprio ao final da pesquisa.

Outra dimensão da precarização institucional a ser destacada se refere à sobrecarga e ao adoecimento da equipe de assistência. O atendimento de populações vulneráveis exige mobilizar recursos e ações em diversos âmbitos, assim, alguns estudos descrevem situações de adoecimento no trabalho, por exemplo, o *Burnout*, que prevalece em cenários de assistência a situações de alta gravidade em condições precárias (Jarruche & Mucci, 2021). No caso do CAPSi, parte da rotatividade da equipe, segundo os próprios profissionais que saíram do serviço, ocorreu devido ao grande desgaste gerado pelo manejo dos entraves ao trabalho em um contexto de atendimento de casos graves, que exigiam ações multidimensionais nos campos social, educacional, jurídico e de saúde. A alta demanda e as condições precárias, ao aumentar a rotatividade da equipe, por via de consequência, aumentavam a precariedade, em um ciclo vicioso que levou ao afastamento de uma profissional por questões de saúde mental e ao tratamento psicológico e psiquiátrico da metade dos profissionais. Portanto, a vulnerabilidade constantemente vivida é traumática a pessoas e instituições e, assim, iatrogênica. De igual modo, a cidadania tem um caráter terapêutico ao permitir experiências de pertencimento, autonomia e mobilização social.

Finalmente, a vulnerabilização institucional ocorreu na operação de dispositivos panópticos sobre a instituição. O panóptico consiste em uma disposição arquitetônica dos sistemas prisionais do século XVIII e sua imagem foi utilizada por Foucault (2014), para descrever os processos de criação de uma cultura de vigilância que possibilita a operação disciplinar sobre os indivíduos. Destacam-se dois acontecimentos nesse aspecto. O primeiro consistiu em três situações de ameaça vividas pela equipe quando combatiam os processos de limitação de recursos materiais e humanos: discursos de ameaças à coordenadora pelas informações passadas ao Ministério Público sobre o carro, ameaças de sobrecarga de função frente à perda de funcionários e ameaças de deslocamento para outros serviços. O segundo se referiu à instalação de câmeras de vigilância controladas pela Polícia Militar no interior do CAPSi, sob o pretexto de conter eventuais furtos e roubos. Esses processos de vigilância ampliaram a fragilização da equipe em termos de coesão e saúde, dificultaram a

criação de estratégias resolutivas e ocasionaram a preocupação adicional de uma criminalização de adolescentes em uso de substâncias psicoativas e atendidos pelo CAPSi.

Vulnerabilização, imobilidade e perturbação da economia institucional

A constante reorganização do serviço frente aos recursos disponíveis foi um dos aspectos geradores de outro elemento de vulnerabilização institucional: a perturbação da economia institucional. Esse termo faz alusão à perturbação da economia, conforme descrita por Goffman (2019), ao analisar procedimentos mediante os quais os agentes com poder institucional retiram, dos indivíduos, elementos simples de organização do cotidiano, tornando-os dependentes de sua disponibilização por tais agentes. Goffman (2019) cita o exemplo da guarda de itens, como cigarros, isqueiros, canetas e papéis pela equipe de enfermagem em hospitais psiquiátricos, o que obriga os internos a esperarem a disponibilidade dessa equipe toda vez que precisam utilizá-los. No caso da perturbação da economia institucional, encontra-se a burocratização excessiva, a perturbação do fluxo da rede de assistência, o descumprimento de acordos, bem como mudanças e imposições imediatas e sem planejamento sobre a organização do serviço.

Em relação à burocratização, o principal meio utilizado foi solicitar uma autorização para procedimentos sobre os quais, originalmente, a instituição teria autonomia. Um evento ilustrativo ocorreu após o atendimento, pela equipe do CAPSi, de um acolhimento que envolvia violência associada a um flagrante racismo. Após a análise de outras situações de racismo recentes no município, que envolveram, inclusive, a mobilização da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) local, a equipe decidiu realizar um evento sobre o tema em conjunto com a OAB, necessitando apenas da reserva de espaço físico apropriado. Opondo-se ideologicamente à abordagem do tema, a gestão municipal solicitou um projeto detalhado sobre o evento, como condição para realizá-lo. A elaboração desse projeto para um evento de um dia significaria reorganizar outras atividades, o que prejudicaria ações importantes do CAPSi, incluindo o atendimento de usuários em crise.

Outra situação foi a exigência de relatórios excessivamente detalhados para encaminhar pacientes a instituições de saúde, educação e justiça, o que demandaria muitas horas laborais a uma equipe já reduzida, e seria desnecessário, dada a possibilidade de consultar o prontuário do paciente e os constantes diálogos com os membros da equipe para a troca de informações. Assim, tal exigência atrasaria o trabalho e diminuiria o tempo de atendimento sem produzir um recurso útil ao fluxo de encaminhamentos. Na busca por resistir a tal situação, a equipe realizou um projeto mais simples, inserindo a legislação que abordava a autonomia para a feitura da ação, bem como envolvendo os usuários para sua efetivação. Todavia, novamente, parte do trabalho necessita ser direcionada para a luta pela qualidade e pela concepção psicossocial do serviço, gerando sobrecarga. Para evitar atrasos no início da assistência, realizou-se, junto a alguns serviços, várias tentativas de simplificar os relatórios, identificando as informações realmente imprescindíveis, sendo possível desenvolver uma compreensão mais aprofundada do caso ao longo do processo. No entanto, vários serviços se mostraram intransigentes, levando à retomada constante dessa questão em reuniões de rede e aos posicionamentos do CAPSi, visando resistir a barreiras no fluxo dos encaminhamentos.

A partir desses fatos, pode-se compreender que a extrapolação de exigências para ações institucionais se articula a três dimensões. Primeiramente, a burocracia funciona como um elemento que instrui ordens, cujo autor não pode ser identificado. Nesse sentido, Arendt (2019, p.118) afirma que a burocracia é o “domínio de ninguém”, ou seja, a construção de um “intrincado sistema de departamentos”, no qual ninguém pode ser considerado encarregado, permitindo à gestão ou a instituições eximirem-se de responsabilidades por entraves às ações. Ainda, coloca os trabalhadores do CAPSi em um dilema sobre suas atividades, impedindo de desenvolver o pensamento crítico necessário à Reforma Psiquiátrica sobre as dimensões sociopolíticas que atravessam as demandas atendidas. Em terceiro lugar, dado o caráter de debate público sobre cenários em que a saúde mental se articula a situações de violência social e de problemas na rede de assistência, representa um obstáculo à participação democrática dos usuários nos serviços de saúde, que, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, possui o objetivo de criar pertencimento coletivo e construção de autonomia, relevantes tanto na ótica terapêutica quanto na efetivação das políticas de saúde em sua relação com o território.

A perturbação do fluxo da rede de assistência ocorreu quando a desestruturação de instituições com as quais o CAPSi trabalha em corresponsabilidade acarretou problemas no atendimento, sobrecarga de trabalho e agravamento dos casos. Uma das dimensões desse problema correspondeu ao alto número de demandas de saúde mental de crianças e adolescentes, associado a situações de violência doméstica, demandando um trabalho em conjunto com o Conselho Tutelar e com o CREAS. Outra dimensão se referiu à necessidade de encaminhar pacientes a outros dispositivos de educação e saúde – casos de necessidade de mudança de escola, adaptação educacional à condição do paciente, alta do CAPSi devido à maioridade ou melhoria etc. De modo geral, o encaminhamento a outros serviços se deparava com os problemas de cada instituição.

Durante oito meses do período da pesquisa, o CREAS contava apenas com dois profissionais para o atendimento de todos os casos de violação de direitos a crianças do município, tornando temerário garantir um atendimento efetivo ao encaminhar a essa instituição. Isso levou o CAPSi a realizar parte do trabalho do CREAS, no que se referia à compreensão do fato que gerou a violação de direitos, e a avaliar medidas para sua contenção, sobrecarregando a equipe e limitando a efetividade do trabalho, devido à ausência de recursos humanos, jurídicos e institucionais de um serviço que não era

destinado a tal fim. No caso do Conselho Tutelar, a ausência de melhor capacitação para o exercício da função entre os conselheiros levava alguns deles a se considerarem meros agentes de encaminhamento a outros serviços, diminuindo a colaboração efetiva, enquanto outros, muitas vezes, atuavam mais no sentido de julgar moralmente a família do que se dirigir à resolução das causas da problemática apresentada. Diante disso, a equipe se deparou com um dilema sobre a participação da instituição, somado à necessidade de corrigir ações de conselheiros. Além disso, enfrentou a exigência de uma negociação constante, que, para além de sobrecarregar o trabalho, criava desgastes de ambas as partes.

No caso das instituições de educação, a defasagem entre demanda e número de vagas, gerando superlotação das salas de aula, criava problemas quando o quadro de saúde mental demandava troca de escola ou adaptação escolar. Isso ocorria porque tais medidas demandavam vagas e carga de trabalho que os profissionais da educação não teriam condições de cumprir. Nesses casos, muitas vezes, buscava-se utilizar o serviço de Atendimento Educacional Especializado, que nem sempre era o local adequado para atendimento do caso, mas se tornava o único recurso disponível. Por vezes, essa necessidade levou a alterar o diagnóstico para enquadrar nos padrões legais, ampliando processos de manicomialização e medicalização na assistência em saúde mental.

Quanto aos encaminhamentos para dispositivos de saúde, os principais problemas encontrados foram a sobrecarga dos serviços, a ausência de portaria de regulamentação em alguns dispositivos e as dificuldades dos espaços ambulatoriais em territorializar seu atendimento, inserindo dimensões contextuais em saúde na abordagem. Esses percalços criaram dilemas sobre a inserção no serviço e a alta. Desse modo, pacientes aptos ao atendimento na Atenção Primária, mas piorariam e retornariam ao CAPSi caso não conseguissem tratamento com a frequência necessária, permaneciam mais tempo no serviço diante de tal receio, o que sobrecarregava a unidade e poderia ampliar o estigma sobre o paciente. Ademais, a demanda por atendimento em outras especialidades exigia constantes negociações da equipe de enfermagem, acumulando o fluxo de trabalho do CAPSi.

Finalmente, os problemas de estruturação do atendimento na rede de saúde levavam a distorções no uso do acolhimento mantido pelo CAPSi, aberto em todo o período de funcionamento para garantir o recebimento de demandas graves. A certeza de enfrentar fila de espera e exigência de perfis de atendimento em outros serviços fazia com que profissionais de outras instituições orientassem pessoas que não preenchiam seu escopo de atendimento a procurar o serviço, já que receberiam, ao menos, um primeiro atendimento imediato. Era comum ouvir de usuários que passaram pelo acolhimento da instituição que alguém havia lhe dito “vai até o CAPS, que é mais rápido”. Essa situação leva à sobrecarga do serviço CAPSi, comprometendo, potencialmente, a qualidade do atendimento às pessoas com graves necessidades de saúde mental.

Alguns autores discutem a presença de processos de encaminhamento como sinônimo de desresponsabilização em relação ao atendido, bem como a existência de filas de espera nos serviços (Costa et al., 2023; Silva & Jurdi, 2022). Outros autores abordam a insuficiência dos serviços no atendimento a demandas graves, sobretudo quanto às questões socioeconômicas, à violência e à saúde mental (Moura et al., 2020). Essas pesquisas, em geral, focam nas graves consequências da lógica da desresponsabilização, no que concerne aos usuários. O estudo aqui relatado demonstra também que esse processo vulnerabiliza os serviços de atendimento aberto, podendo resultar em tratamento e apoio inadequados para seus moradores.

Vulnerabilização como processo nas políticas públicas e na saúde mental

Ao analisar os fenômenos de vulnerabilização encontrados na instituição, pode-se destacar sua estreita relação com o campo sociopolítico, atuante tanto na produção das condições de vida e da demanda à instituição quanto na produção das condições de gestão pública. Ressalte-se que essas condições influenciaram diretamente a produção da demanda, a articulação da rede de assistência pública, o fornecimento de recursos materiais e humanos, os processos de trabalho, os vínculos trabalhistas e outros elementos que operaram ativamente na construção das vulnerabilidades encontradas.

Do ponto de vista da gestão pública, pode-se articular diversos processos à influência da lógica neoliberal na gestão das políticas públicas: a terceirização de serviços a organizações privadas em detrimento de sua oferta direta, com a realização de concursos públicos e gestão direta do Estado; o desfalque de materiais e recursos humanos, sobretudo quando direcionados à construção de abordagens territoriais e socialmente contextualizadas, bem como a construção de processos de gestão que limitam o diálogo com a população, a exemplo da alocação de espaço para o evento, decorrente do caso de racismo, ou do diálogo sobre medicalização nas escolas. Esse cenário encontra respaldo em Harvey (2002), quando discute sobre a organização capitalista. A acumulação de capital em um contexto de instabilidade dos mercados, a necessidade de exercer controle sobre movimentos de resistência e a sujeição dos trabalhadores, visando garantir o funcionamento do sistema, leva a diversas formas de manejo das pressões sociais, da geração de pobreza, das violências concretas e simbólicas, bem como das múltiplas formas de vulnerabilidade próprias desse tipo de economia.

Nesse sentido, a vulnerabilização tanto diz respeito aos trabalhadores quanto à limitação de uma instituição, que tem como função ouvir e atender demandas da população relacionadas às questões sociais, geradas no próprio sistema econômico e social, como o racismo, o machismo, a pobreza, o uso de substâncias psicoativas, problemas educacionais, entre outros. Tanto os trabalhadores quanto a população produziram diversas estratégias de resistência, tais como: denúncias ao Ministério Público para a regularização de recursos humanos e materiais, assembleias, denúncias à imprensa, processos de negociação

e produção documental junto a outros dispositivos da rede, procura do próprio serviço por processos de capacitação e, por fim, negociação com instituições educacionais, para romper a lógica da medicalização e buscar outros recursos de assistência. Todavia, tais estratégias apenas foram possíveis devido à presença de parte considerável da equipe em situação de concurso público, o que a tornava menos vulnerável às pressões do governo do município, quando dificultavam uma demissão por motivos políticos. Nesse sentido, foi flagrante a menor participação de funcionários contratados e terceirizados em ações de resistência, tornando evidente que a contratação de serviços privados no SUS consiste em uma importante estratégia de vulnerabilização e impede a luta por melhorias.

Ao considerar tais processos, é necessário inserir os processos de vulnerabilização em uma lógica mais ampla, própria das diretrizes neoliberais: a tomada da gestão estatal por diretrizes de mercantilização das demandas, seja na ênfase da privatização dos serviços de assistência, seja na limitação de recursos voltados à construção do bem-estar social pelo discurso da austeridade fiscal (Mattioni e Rocha, 2023). Os reflexos dessas diretrizes foram observados no presente estudo, constituindo a dinâmica cotidiana do serviço investigado e de sua relação com a gestão pública.

No âmbito da saúde mental, Basaglia (2009) já apontava para os mecanismos de construção da violência nas instituições de cuidado, por meio da reprodução de hierarquias e da restrição da humanidade dos indivíduos, promovendo uma lógica manicomial. Desse modo, a consideração do sofrimento e das próprias reações dos indivíduos às violências e exclusões, que sofrem como sintomas de uma doença mental orgânica, invisibiliza a necessidade de implementação de uma lógica mais democrática, tanto no tratamento quanto nas relações sociais em geral. Nessa perspectiva, Farinha e Braga (2018) apontam para a atualização desse cenário por meio da ênfase das políticas de saúde mental na lógica ambulatorial e das epistemologias que promovem a compreensão individualizante da produção do sofrimento.

Mais recentemente, Safatle et al. (2022) apontam um modelo neoliberal para a gestão do sofrimento psíquico. Eles consideram duas diretrizes: a mercantilização, em que a emergência do sofrimento é tratada pelo consumo de insumos de alívio ou enquadre dos sujeitos; e a inserção do sofrimento em uma lógica individualizante, na qual o processo de medicalização de questões sociais e culpabilização pelo sofrimento, atrelado a um discurso do sucesso individual, obscurece as questões sociais ligadas às condições geradoras do sofrimento. Nessa lógica, a produção de diagnósticos ocupa um lugar central, em detrimento de uma compreensão dos sujeitos em meio a seus contextos de vida, que requer o fortalecimento do trabalho em rede, a territorialização da assistência e o cuidado aos diversos âmbitos relacionados à produção do sofrimento, tais como: as condições materiais de vida, as violências sociais e institucionais, seja em campos que tratam do racismo e da dominação de gênero, seja na própria dificuldade de acesso a direitos e a uma abordagem que promova a cidadania.

Na situação investigada, a vulnerabilização foi decisiva para intensificar a tendência ao funcionamento ambulatorial do CAPSi: a despeito da intenção de muitos de seus trabalhadores em desenvolver atividades em espaço aberto e de construir ações de educação em saúde mental junto a escolas e outras instituições que encaminharam demandas, tais ações eram restritas pela ausência de transporte e sobrecarga de trabalho. No campo mais amplo do município, as diferenças de olhar sobre a saúde mental e as dificuldades no atendimento à população conduziam a dificuldades de atendimento em situações de violência, contribuindo para processos de medicalização nas instituições escolares, que se viam desorientadas e desassistidas quanto aos recursos da rede para problemas identificados entre os alunos, e implicavam dificuldades de assistência em casos mais leves, que poderiam agravar-se e tornar-se demandas para o CAPSi. Nesse sentido, é preciso considerar as implicações de longo prazo da assistência em saúde à infância, em que os próprios indivíduos atendidos de forma precária podem também se tornar precarizados, reproduzindo o ciclo de vulnerabilidade em suas futuras famílias.

Assim, os diversos mecanismos de vulnerabilização da instituição de saúde mental estudada contribuem para uma fragilidade do sistema de cuidados de saúde mental do município como um todo, suscitando preocupações quanto à intervenção precoce, à prevenção e aos resultados de longo prazo, em termos de saúde mental para a população jovem desse município. Nesse sentido, os diversos mecanismos de vulnerabilização observados na instituição estudada esclarecem alguns mecanismos pelos quais os serviços de saúde podem também produzir vulnerabilidade aos usuários (Azevedo et al., 2022), agravando a situação de saúde e as condições de vida, mormente daqueles que já se encontram em situação de vulnerabilidade social em razão de outros fatores.

Considerações Finais

A análise permitiu caracterizar a vulnerabilização institucional no CAPSi como um processo gerado por decisões e procedimentos da gestão pública, manifestos tanto no abandono dos serviços (em termos de recursos humanos, materiais e de capacitação) quanto na criação estratégica de entraves a ações contestadoras. Trata-se, portanto, de um processo que diminui a capacidade de resposta às demandas da população, ampliando o hiato entre oferta institucional e necessidade real. Essas dificuldades não são fortuitas, mas articuladas a aspectos estruturais da desigualdade social, como a alocação de recursos públicos e as contradições na efetivação da lógica democrática na assistência.

Desse modo, as dificuldades descritas não representam uma quebra da normalidade, mas fenômenos articulados a aspectos estruturais que são um reflexo da desigualdade social. Abrangem, além da alocação de recursos públicos, a exploração do

trabalho no contexto capitalista, as contradições e disputas na efetivação da lógica democrática na assistência pública e o acesso à informação, para permitir a mobilização institucional e popular na construção de melhorias nas políticas públicas oferecidas. Ao atuarem nesse cenário, tais processos de vulnerabilização criam uma estrutura socioinstitucional de risco à qualidade do atendimento a populações já vulnerabilizadas socialmente. Nessa ótica, uma das consequências do processo se refere ao cerceamento do atendimento de qualidade, resultando na vulnerabilidade da cidadania.

Concretamente, a assistência a situações de vulnerabilidade psicossocial exige o atendimento de múltiplas dimensões, requerendo, das instituições, recursos e estratégias, em termos materiais, humanos, políticos, de articulação em rede e com o território. A insuficiência no atendimento institucional tem raízes tanto na tradição de uma ideologia não cidadã, baseada no autoritarismo, no clientelismo, no patriarcado, no racismo e no colonialismo, quanto no modelo neoliberal de insuficiência do Estado.

Pode-se considerar, como aspecto da vulnerabilidade, a dificuldade de manejo dos recursos para lidar com os riscos ou permitir boas condições de cuidado. Diante disso, foi relevante a ampliação de demandas institucionais, burocráticas e logísticas em torno de condutas que deveriam ser funcionais e que levaram à sobrecarga frente aos recursos disponíveis. Sob essa mesma ótica, considerando que a mobilização depende de uma condição operacional, em termos de suporte e tecnologias, pode-se compreender que fenômenos como sobrecarga de demanda, precarização, perturbação da economia institucional e dispositivos de vigilância são também desmobilizadores, pois criam entraves a ações preventivas, protetivas e de cuidado efetivo dos objetivos institucionais e da assistência prestada. Em contrapartida, as mobilizações no sentido do cuidado e a reivindicação frente à vulnerabilidade, tais como a conquista de um veículo e de um psiquiatra, dependeram da segurança institucional e jurídica dos profissionais concursados, demonstrando a importância da estabilidade do funcionalismo público para garantir elementos de mobilidade não sujeitos às pressões e instabilidades governamentais.

Uma das implicações da vulnerabilização institucional foi a concentração da assistência no atendimento ambulatorial, já que a diminuição dos espaços de ação dificulta a ação territorial, que requer uma alta mobilização de recursos e tempo de trabalho, operando na contramão de uma Reforma Psiquiátrica efetiva e favorecendo processos de medicalização. Nessa perspectiva, seria importante expandir a investigação sobre a garantia de estratégias de estruturação de políticas públicas estáveis nos níveis formativo e prático, que incidissem no cotidiano dos dispositivos de saúde mental.

Dessa forma, para reverter a vulnerabilização institucional, são necessárias intervenções formativas e práticas. No **formativo**, propõe-se a inclusão de disciplinas de saúde mental e o trabalho multiprofissional nos currículos das profissões da saúde, além de capacitação técnica e jurídica no ingresso ao serviço público. Na **prática**, deve-se ampliar ações territoriais, como o apoio matricial escolar e o acompanhamento terapêutico, para romper com a lógica ambulatorial. Contudo, tais avanços esbarram no desafio da regulamentação de dispositivos de rede, agravado pela terceirização e pela privatização por meio de ONGs, que fragilizam a autonomia, a distribuição de recursos e a efetividade da rede de cuidado.

Referências

- Amarante, P. (2020). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2a. ed). Fiocruz. (Originalmente publicado em 1995)
- Arendt, H. (2019). *Crises da República* (3a. ed.). Editora Perspectiva.
- Azevedo, S. G. V., Florêncio, R. S., Cestari, V. R. F., Silva, M. A. M., Pessoa, V. L. M., & Moreira, T. M. M. Vulnerabilidade programática na saúde: análise do conceito. (2022). *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 26, Artigo e-1463. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39021>
- Basaglia, F. (2009). *A instituição negada* (3a ed., H. Jahn Trad.). Paz & Terra.
- Beck, U. (2011). *Sociedade de risco: Rumo a uma Outra Modernidade*. (2a ed., S. Nascimento Trad.). Editora 34.
- Braga, T. B. M. (2014). *Atenção psicológica e cenários sociais: Ação Clínica, Instituições e Políticas Públicas na Promoção da Cidadania*. Juruá Editora.
- Costa, J. F., Silva, J. R. V., Medeiros, B. G., Azevedo, D. M., & Pinto, T. R. (2023). Apoio matricial na atenção básica: desafios para integralidade do cuidado em saúde mental. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 36, Artigo 13156. <https://doi.org/10.5020/18061230.2023.13156>
- Farinha, M. G., & Braga, T. B. M. (2018). Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(3), 366-378. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6549683>

- Ferreira, S. S. (2011). *NOB-RH: Anotada e Comentada*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. FBSP. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>
- Foucault, M. (2014). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. (42a. ed., R. Ramallete Trad.). Editora Vozes.
- Goffman, E. (2019). *Manicômios, prisões e conventos: instituições totais*. (9a. ed., D. M. Leite Trad.). Editora Perspectiva.
- Harvey, D. (2002). *A condição pós moderna*. (14a ed.). Loyola.
- Heidegger, M. (2015). *Ser e tempo*. (10a. ed., M. S. Cavalcante Trad.,). Editora Vozes.
- Hopenhayn, M. (2002). A cidadania vulnerabilizada na América Latina. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(2), 5-18. <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/310>
- Jarruche, L. T., & Mucci, S. (2021). Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. *Revista Bioética*, 29(1), 162-173. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291456>
- Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lemos, F. C. S., Cardoso, H. R. Júnior, & Alvarez, M. C. (2014). Instituições, confinamento e relações de poder: questões metodológicas no pensamento de Michel Foucault. *Psicologia & Sociedade*, 26(n. spe), 100-106. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500011>
- Lima, I. C. S., Sampaio, J. J. C., & Souza, K. C. A. (2023). A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. *Saúde em Debate*, 47(136), 215-226. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313614>
- Marandola, E., Júnior, & Hogan, D. J. (2006). As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo em Perspectiva*, 20(1), 33-43. <https://www.kufunda.net/publicdocs/Texto%204%20%20Dimensao%20da%20Vulnerabilidade.pdf>
- Mattioni, F. C., & Rocha, C. M. F. (2023). Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 28(8), 2173-2182. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05752023>
- Ministério da Saúde. (1992). *Portaria SAS/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992*. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Departamento de Programas de Saúde. https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria_224.pdf
- Moura, D. T., Stefaniszen, V., Braga, T. B. M., & Farinha, M. G. (2020). Clínica ampliada e articulação em rede: relato de experiência no SUAS. *Revista do NUFEN*, 12(2), 118-139. <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/issue/download/355/223>
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), Artigo e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 11(2), 241-258. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>
- Perissinotto, R. M. (2007). História, sociologia e análise do poder. *História Unisinos*, 11(3), 313-320. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=579866840004>

- QEdU. (2018). *Valinhos: Sudeste / São Paulo*. QEdU. <https://qedu.org.br/municipio/3556206-valinhos>
- Safatle, V., Silva, N., Junior, Dunker, C. I. L. (Orgs.). (2022). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Silva, C. D. & Jurdi, A. P. S. (2022). Saúde mental infantojuvenil e a escola: diálogos entre profissionais da educação e da saúde. *Saúde em Debate*, 46(especial 6), 97-108. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E609>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante P. (2016). From manicomial logic to territorial logic: Impasses and challenges of psychosocial care. *Journal Health Psychology*, 21(3), 400-408. <https://doi.org/10.1177/1359105316628754>

Como citar:

Braga, T. B. M., Farinha, M. G., & Marandola, E. J., Júnior. (2025). Cartografia dos processos de vulnerabilização institucional em um CAPS Infantil. *Revista Subjetividades*, 25(Esp.), e15126. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v25iEsp.e15126>

Endereço para correspondência:

Tatiana Benevides Magalhães Braga
E-mail: tatiana.braga@ufu.br

Marciana Gonçalves Farinha
E-mail: marciana@ufu.br

Eduardo José Marandola Júnior
E-mail: ejmjr@unicamp.br



Recebido em: 25/03/2024.

Aceito em: 14/08/2025.