



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**GERFSON MOREIRA OLIVEIRA**

**INVENÇÕES DE CUIDADOS: PERSPECTIVAS CLÍNICAS E PROCESSOS DE  
TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E REDUÇÃO DE DANOS**

**TESE DE DOUTORADO**

**SALVADOR-BAHIA**

**2021**

**GERFSON MOREIRA OLIVEIRA**

**INVENÇÕES DE CUIDADOS: PERSPECTIVAS CLÍNICAS E PROCESSOS DE  
TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E REDUÇÃO DE DANOS**

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Ramos Daltro

**SALVADOR-BAHIA**

**2021**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

O48 Oliveira, Gerfson Moreira

Invenções de cuidados: perspectivas clínicas e processos de trabalho em saúde mental e redução de danos. /Gerfson Moreira Oliveira. – 2021.  
177f.: 30cm.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Ramos Daltro

Doutora em Medicina e Saúde Humana

Inclui bibliografia

1. Serviços comunitários de saúde mental. 2. Interprofissionalidade. 3. Saúde mental. 4. Clínica ampliada. 5. Uso de drogas. 6. Redução de danos. I. Daltro, Mônica Ramos II. Invenções de cuidados: perspectivas clínicas e processos de trabalho em saúde mental e redução de danos.

CDU: 616.89

**GERFSON MOREIRA OLIVEIRA**

**“INVENÇÕES DE CUIDADOS: PERSPECTIVAS CLÍNICAS E PROCESSOS DE  
TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E REDUÇÃO DE DANOS”**

Tese apresentada à Escola Bahiana de  
Medicina e Saúde Pública, como requisito  
parcial para a obtenção do Título de Doutor  
em Medicina e Saúde Humana.

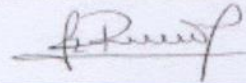
Salvador, 07 de agosto de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**



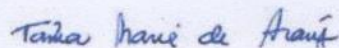
---

Prof.ª Dra. Mônica Lima de Jesus  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia



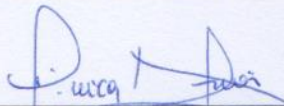
---

Prof.ª Dr. Elisa Zaneratto Rosa  
Doutora em Psicologia Social  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo




---

Prof.ª Dra. Tânia Maria de Araújo  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Estadual de Feira de Santana



---

Prof.ª Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia



---

Prof.ª Dra. Marilda Castelar  
Doutora em Psicologia Social  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

## **SETORES ENVOLVIDOS E SIGLÁRIO**

Aliança de Redução de Danos Fatima Cavalcanti – Faculdade de Medicina da Bahia –  
Universidade Federal da Bahia - ARD-FC/FMB/UFBA

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Gregório de Matos - CAPS AD GM

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Centro de Atenção Psicossocial Álcool - CAPSad

Reforma Psiquiátrica - RP

Substâncias Psicoativas - SPAs

Plano Terapêutico Singular - PTS

Plano Terapêutico Institucional - PTI

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

Educação Permanente em Saúde - EPS

Sistema Único de Saúde - SUS

Dedico esta tese a todos os usuários, trabalhadores, familiares e “mentaleiros” da saúde mental que, em seu cotidiano, acolhem a diversidade de ser e existir no mundo e se esforçam para combater estigmas e realidades opressoras a partir do engajamento nas causas dos direitos humanos.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus avós paternos: Hermes e Jasmira; maternos: Manoel Alonso e Alvaneris e a todos os meus ancestrais que, antes de mim, investiram no amor e me conceberam a vida.

Aos meus pais, Valdice Moreira e Gelson Brito e minha família (Rose, Valéria, Arthur, Carol, Maria Clara, Marco Antônio e Maria Cecília) que, com afeto e carinho, até hoje contribuem para a minha formação pessoal e profissional. Amo vocês!

Aos usuários e familiares do CAPSad que nos ensinam sobre a vida e o cuidado. E lutam, no encontro com outros e consigo mesmo, por assistência em saúde mental de qualidade no SUS.

Aos redutores de danos do CAPSad, desbravadores do movimento de redução de danos na Bahia e professores do cuidado em saúde mental e redução de danos no Brasil.

Aos trabalhadores e amigos do CAPSad que se entregam de corpo e alma nesse mar de afetos, cuidados e aprendizagens e que me oportunizaram trocas incríveis e a realização da pesquisa.

Ao professor Tarcísio Andrade que me convidou para ingressar no CAPSad, me pegou pela mão, me ensinou os primeiros passos e me oportunizou viver essa experiência que resultou na tese. Imensa admiração e gratidão.

À equipe do Ambulatório da Aliança: Leila, Olga e Margarete, que apoiou e nos ensinou, com delicadeza e competência, os primeiros e mais difíceis passos desta caminhada.

Aos estudantes, estagiários e residentes que apoiaram, de forma diferenciada, essa experiência e me permitiram ser aprendiz.

A minha orientadora Mônica Daltro, pela parceria, presteza, cuidado amoroso e incentivo constante e pelo acolhimento das minhas idiossincrasias e incertezas. Você é incrível! Muito Obrigado!

A Dora, que cuida de mim e deixa a minha semana muito mais leve, afetiva e organizada. Você é uma das grandes responsáveis por essa conquista.

A Alcione Dâmaso que, há 17 anos, me acolheu no Recôncavo da Bahia e revolucionou a minha experiência de vida com afetos, arte, cultura, cinema, música e mistérios.

A Alba Valéria, pela presença marcante em minha vida, companheira de diálogos existenciais, afetivos, culturais, acadêmicos, éticos e étlicos. Muito grato pelo apoio e revisão de alguns elementos da tese.

Aos amigos-irmãos de escolha e de longa data, Ana Rosa e Milson, com quem me identifico, me inspiro e renovo constantemente os laços de afeto, carinho e amizade. A gente sabe que pode contar uns com os outros.

Aos amigos mais recentes Mariana Sales, Mauro e Hugo. Uma galera de queridxs que renovam as minhas energias e me inundam de afetos alegres. Amigos cúmplices das mais incríveis (e terríveis) aventuras existenciais.

Aos meus professores que compartilham seus caminhos e nos apresentam atalhos.

Ao professor Tarcísio Andrade que me convidou para ingressar no CAPSad, me pegou pela mão, me ensinou os primeiros passos e me oportunizou viver essa experiência que resultou na tese. Imensa admiração e gratidão.

A Glaucia que, no olho do furacão, conseguia ser a minha visão além do alcance.

Aos professores e colegas do Complexo Comunitário Vida Plena que, constantemente, me oportunizam aprendizados e novas descobertas.

Aos professores e colegas do Projeto Candeal da Bahiana, que me ensinam com alegria esse árduo e delicioso exercício de ser professor.

Aos parceiros da FESF, companheiros constantes nas trincheiras do SUS.

Aos amigos e colegas do doutorado, pela solidariedade, pela troca de experiências e pela oportunidade de vivenciarmos juntos esse processo.

A Vini da Bahia, que chegou agora, fazendo barulho e jurando soluções.

Aos professores da banca que qualificação: Milena Lisboa e Mônica Lima pelas valiosas e diferenciadas contribuições.

Aos membros da banca que disponibilizaram seu tempo, sua qualificação e escuta para contribuir com o aprimoramento da tese. Muito, muito obrigado!

A todas as forças do universo que acolhem os nossos desconfortos, contribuem na produção de significados, disseminam amor, justiça e sabedoria e nutrem nossas esperanças.

Axé!



Um acontecimento vivido é finito ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que um acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois.

Walter Benjamim, 1994

## RESUMO

A partir do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, o campo da saúde mental tem sido marcado pela importância do debate teórico-prático e político sobre os processos de trabalho e pelo cuidado devido à complexidade da atenção psicossocial. **Objetivo:** este estudo teve como objetivo analisar as perspectivas clínicas de cuidado em saúde mental e redução de danos e o processo de trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CASPad). **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa retrospectiva, realizada com trabalhadores de um CAPSad, localizado na cidade de Salvador-Bahia-Brasil. Como estratégia investigativa, utilizou-se a triangulação metodológica com ensaio teórico, análise de documentos, observação retrospectiva, grupos focais e relato de experiência. **Resultados/Discussão:** a atenção em saúde mental e a diversidade de práticas envolvidas na investigação demandou a construção de cinco artigos distintos. O primeiro, foi construído em formato de ensaio teórico e discute como estão engendrados os tensionamentos críticos entre a justiça, a saúde e a religião. Destaca o enfrentamento democrático do (des)cuidado ao usuário de substâncias psicoativas em um Brasil, cuja políticas públicas conservadoras de extrema direita espalham discursos de privilégios, xenofobia, racismo, estratificação de pessoas, ampliando assim, as desigualdades sociais. O segundo, abordou a reunião de equipe do CAPSad como território de disputas, colaboração e desenvolvimento. Quatro categorias analíticas sobre a função da reunião foram identificadas: território estratégico de informação e comunicação; território de expressão da diversidade nos modos de trabalhar e cuidar; território de apoio ao desconforto na produção de cuidado e território de educação permanente em saúde de mental e redução de danos. Nas reuniões, a integração entre a presença social, os campos e núcleos de saberes e práticas e as estruturas e dinâmicas institucionais, configurou-se como um território-ponte entre cuidados e descuidos no trabalho assistencial. O terceiro, discute e analisa o trabalho em equipe. Foram identificados três núcleos de sentido que circunscreveram a identidade coletiva dos trabalhadores: os embaraços da coesão grupal, os corpos-coringas do cuidado e as insuficiências da equipe para o cuidado integral. Embora a práxis nesse contexto esteja marcada pela lógica da interprofissionalidade, o modo interprofissional não está pronto e acabado, ele se constrói como um exercício no cotidiano assistencial. O quarto artigo reflete sobre as concepções de clínica exercida pelos trabalhadores na construção do cuidado psicossocial. As informações produzidas foram agrupadas em um núcleo de sentido: a clínica bascular desenvolvida nos entrecruzamentos do chão do CAPSad. No encontro entre usuários e trabalhadores, a força dos fluxos que se interseccionam no território assistencial produz uma dinâmica bascular que favorece os deslocamentos que movimentam permanentemente as práticas de cuidado adotadas. O quinto e último artigo trata-se de um relato autobiográfico que descreve e analisa as experiências dos autores. Escrita a partir da primeira pessoa do singular, foi norteada pela cartografia, permitindo experimentar as composições das ações de cuidado e a construção de um conhecimento a respeito dos impasses e das descobertas presentes no trabalho e na pesquisa em saúde mental e redução de danos. **Conclusões:** a pesquisa destaca os desafios das políticas públicas de cuidado voltado aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil contemporâneo e evidencia a construção coletiva do trabalho no CAPSad identificando, as funções da reunião de equipe, o exercício da interprofissionalidade e as concepções clínicas como dispositivos de produção social na atenção psicossocial. Adicionalmente, destacou-se as reflexões sobre trabalho e pesquisa em saúde mental e os entraves dos trabalhadores de um CAPSad diante da sustentação dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Interrogou ainda, em suas considerações finais, as racionalidades clínicas em saúde mental e a redução de danos frente ao cenário recente de pandemia do coronavírus.

**Palavras-chave:** Serviços comunitários de saúde mental. Interprofissionalidade. Saúde mental. Clínica ampliada. Uso de drogas. Redução de danos.

## ABSTRACT

From the psychiatric reform movement in Brazil, the field of mental health has been marked by the importance of the theoretical-practical and political debate about work processes and care due to the complexity of psychosocial care. Objective: this study aimed to analyze the clinical perspectives of mental health care and harm reduction and the work process of the team of a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs (CASPad). Method: this is a descriptive, exploratory and qualitative retrospective study, carried out with workers from a CAPSad, located in the city of Salvador-Bahia-Brazil. As an investigative strategy, methodological triangulation was used with theoretical essay, document analysis, retrospective observation, focus groups and experience report. Results / Discussion: mental health care and the diversity of practices involved in the investigation required the construction of five distinct articles. The first was built in a theoretical essay format and discusses how the critical tensions between justice, health and religion are engendered. It highlights the democratic confrontation of (un) care for the user of psychoactive substances in a Brazil, whose conservative public policies of extreme right spread discourses of privileges, xenophobia, racism, stratification of people, thus widening social inequalities. The second approached the CAPSad team meeting as a territory for disputes, collaboration and development. Four analytical categories on the function of the meeting were identified: strategic information and communication territory; territory of expression of diversity in the ways of working and caring; territory to support discomfort in the production of care and territory of permanent education in mental health and harm reduction. In the meetings, the integration between the social presence, the fields and nuclei of knowledge and practices and the institutional structures and dynamics, was configured as a bridge territory between care and neglect in care work. The third discusses and analyzes teamwork. Three nuclei of meaning were identified that circumscribed the collective identity of workers: the embarrassments of group cohesion, the wild bodies of care and the insufficiencies of the team for comprehensive care. Although the praxis in this context is marked by the logic of interprofessionality, the interprofessional way is not ready and finished, it is constructed as an exercise in everyday assistance. The fourth article reflects on the conceptions of clinic exercised by workers in the construction of psychosocial care. The information produced was grouped into a core of meaning: the bascule clinic developed at the intersections of the CAPSad floor. In the encounter between users and workers, the strength of the flows that intersect in the assistance territory produces a baseline dynamic that favors the displacements that permanently move the adopted care practices. The fifth and last article is an autobiographical account that describes and analyzes the authors' experiences. Written from the first person of the singular, it was guided by cartography, allowing to experience the compositions of the care actions and the construction of a knowledge about the impasses and discoveries present in the work and in the research in mental health and reduction damage. Conclusions: the research highlights the challenges of public care policies aimed at users of psychoactive substances in contemporary Brazil and highlights the collective construction of work at CAPSad, identifying the functions of the team meeting, the exercise of interprofessionality and clinical conceptions as devices of social production in psychosocial care. In addition, the reflections on work and research in mental health and the obstacles of workers in a CAPSad in the face of sustaining the principles of Brazilian psychiatric reform were highlighted. He further questioned, in his final considerations, the clinical rationales in mental health and the reduction

**Keywords:** Community mental health services. Inter-professionalism. Mental health. Expanded clinic. Drug use. Harm reduction.

## RESUMEN

Desde el movimiento de reforma psiquiátrica en Brasil, el campo de la salud mental ha estado marcado por la importancia del debate teórico-práctico y político sobre los procesos de trabajo y la atención debido a la complejidad de la atención psicosocial. Objetivo: este estudio tuvo como objetivo analizar las perspectivas clínicas de la atención de salud mental y la reducción de daños y el proceso de trabajo del equipo de un Centro de Atención Psicosocial para el Alcohol y otras Drogas (CASPad). Método: estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo retrospectivo, realizado con trabajadores de un CAPSad, ubicado en la ciudad de Salvador-Bahía-Brasil. Como estrategia de investigación, se utilizó la triangulación metodológica con ensayos teóricos, análisis de documentos, observación retrospectiva, grupos focales e informes de experiencias. Resultados / Discusión: la atención de salud mental y la diversidad de prácticas involucradas en la investigación requirieron la construcción de cinco artículos distintos. El primero fue construido en un formato de ensayo teórico y analiza cómo se generan las tensiones críticas entre justicia, salud y religión. Destaca la confrontación democrática de la (des) atención al usuario de sustancias psicoactivas en un Brasil, cuyas políticas públicas conservadoras de extrema derecha difunden discursos de privilegios, xenofobia, racismo, estratificación de las personas, ampliando así las desigualdades sociales. El segundo se acercó a la reunión del equipo de CAPSad como un territorio para disputas, colaboración y desarrollo. Se identificaron cuatro categorías analíticas sobre la función de la reunión: información estratégica y territorio de comunicación; territorio de expresión de la diversidad en las formas de trabajar y cuidar; territorio para apoyar la incomodidad en la producción de cuidados y territorio de educación permanente en salud mental y reducción de daños. En las reuniones, la integración entre la presencia social, los campos y núcleos de conocimiento y prácticas y las estructuras y dinámicas institucionales, se constituyó como un territorio puente entre la atención y la negligencia en el trabajo asistencial. El tercero discute y analiza el trabajo en equipo. Se identificaron tres núcleos de significado que circunscribían la identidad colectiva de los trabajadores: las vergüenzas de la cohesión grupal, los cuerpos salvajes de atención y las insuficiencias del equipo para la atención integral. Aunque la praxis en este contexto está marcada por la lógica de la interprofesionalidad, la forma interprofesional no está lista y terminada, se construye como un ejercicio de asistencia cotidiana. El cuarto artículo reflexiona sobre las concepciones de la clínica ejercida por los trabajadores en la construcción de la atención psicosocial. La información producida se agrupó en un núcleo de significado: la clínica bascular desarrollada en las intersecciones del piso CAPSad. En el encuentro entre usuarios y trabajadores, la fuerza de los flujos que se cruzan en el territorio de asistencia produce una dinámica de referencia que favorece los desplazamientos que mueven permanentemente las prácticas de cuidado adoptadas. El quinto y último artículo es un relato autobiográfico que describe y analiza las experiencias de los autores. Escrito desde la primera persona del singular, fue guiado por la cartografía, permitiendo experimentar las composiciones de las acciones de cuidado y la construcción de un conocimiento sobre los impases y descubrimientos presentes en el trabajo y en la investigación en salud mental y reducción de daños. Conclusiones: la investigación destaca los desafíos de las políticas de atención pública dirigidas a los usuarios de sustancias psicoactivas en el Brasil contemporáneo y destaca la construcción colectiva del trabajo en CAPSad que identifica, las funciones de la reunión del equipo, el ejercicio de la interprofesionalidad y los conceptos clínicos como dispositivos de producción social en la atención psicosocial. Además, se destacaron las reflexiones sobre el trabajo y la investigación en salud mental y los obstáculos de los trabajadores de un CAPSad para apoyar los principios de la reforma psiquiátrica brasileña. También cuestionó, en sus comentarios finales, los fundamentos

clínicos en la salud mental y la reducción de daños frente al reciente escenario de pandemia de coronavirus.

**Palabras clave:** Servicios comunitarios de salud mental. Interprofesionalidad. Salud mental. Clínica ampliada Uso de drogas. Reducción de daños.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Triangulação metodológica para a construção da tese: invenções de cuidado – perspectivas clínicas e processos de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador/Bahia-Brasil, 2020 .....	42
<b>Quadro 2</b> - Planejamento e execução da análise de documentos (atas) da pesquisa: invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia-Brasil, 2020 .....	44
<b>Quadro 3</b> - Especificação e classificação das atas utilizadas na pesquisa – Invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia- Brasil, 2020 .....	45
<b>Quadro 4</b> - Temas relevantes para a construção das categorias da pesquisa – Invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia- Brasil, 2020 .....	46
<b>Quadro 5</b> - Planejamento e execução das sessões de grupo focal da pesquisa: invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia- Brasil, 2020 .....	48
<b>Quadro 6</b> - Núcleos de sentidos elaborados a partir das unidades de significação/categorias com referencial analítico de Minayo (2014).....	55
<b>Quadro 7</b> - Núcleo de sentido elaborado a partir das informações/indicadores com referencial analítico de Gonzalez-Rey (2002) .....	56

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO – Um convite ao encontro!</b> .....	15
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	24
<b>3.1 Reforma psiquiátrica, saúde mental e atenção psicossocial</b> .....	24
<b>3.2 A clínica da reforma psiquiátrica – reflexões sobre uma clínica crítica ampliada e exercida entre vários</b> .....	27
<b>3.3 Considerações sobre atenção à saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas: tensões entre políticas e práticas de cuidado</b> .....	29
<b>3.4 Política de drogas e redução de danos no Brasil</b> .....	32
<b>3.5 O processo de trabalho em saúde mental e a redução de danos nos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas</b> .....	35
<b>3.6 Interprofissionalidade no contexto da atenção psicossocial</b> .....	37
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	40
<b>4.1 Objetivo geral</b> .....	40
<b>4.2 Objetivos específicos</b> .....	40
<b>5 MÉTODO</b> .....	41
<b>5.1 Aspectos éticos</b> .....	50
<b>5.2 Riscos</b> .....	51
<b>5.3 Benefícios</b> .....	51
<b>5.4 Plano de Análise</b> .....	51
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	54
<b>6.1 Artigo 1 - Políticas de cuidado e morte aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil: proibicionismo, cura divina e redução de danos</b> .....	57
<b>6.2 Artigo 2 - A reunião de equipe em contexto de saúde mental: território-ponte entre cuidados e descuidos</b> .....	69
<b>6.3 Artigo 3 - ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. Submetido na Revista Saúde em Debate.</b> .....	95
<b>6.4 Artigo 4 - No ‘chão do CAPS’: uma clínica de báscula, resistências e produção de vida</b> .....	114
<b>6.5 Artigo – 5 - Experiências de trabalho, pesquisa e aprendizagem em um serviço de saúde mental: relato de “um homem em tese”</b> .....	133
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE</b> .....	146
<b>7.1 De cara com uma pandemia no tempo de concluir. E agora?</b> .....	147
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	151
<b>APÊNDICES</b> .....	157
<b>ANEXOS</b> .....	161



## **1 APRESENTAÇÃO – Um convite ao encontro!**

*Meu desejo de atribuir responsabilidade pode ser mais um reflexo do meu próprio modo de pensar do que uma análise justa do que aconteceu. Este é um dos principais problemas da história [...] a questão da interpretação subjetiva versus a interpretação objetiva, o fato é de que nós precisamos conhecer a história do historiador a fim de entender a versão que é colocada diante de nós (pág.23).*

*O Sentido de um fim – Julian Barnes, 2019*

O tema deste estudo está fortemente relacionado com a produção de vida experimentada nos inúmeros encontros com diferentes pessoas nos últimos seis anos de trabalho com saúde mental e redução de danos. Essa escolha ocorreu, não apenas para refletir e compartilhar sobre as experiências vividas, mas por um desejo de produzir outros tantos momentos e contribuir na construção de uma saúde mental inclusiva, comprometida com os direitos humanos e com o movimento histórico de consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

As primeiras ideias para a construção desta tese foram gestadas em fevereiro de 2012, quando assumi a coordenação de capacitação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Gregório de Matos (CAPSad GM). Na ocasião, o centro era coordenado pelo Prof. Dr. Tarcísio Matos de Andrade e a equipe selecionada seria responsável pela implantação de um serviço docente-assistencial, localizado nas dependências da Faculdade de Medicina da UFBA – Pelourinho – Salvador Bahia, voltado para pessoas em sofrimento devido ao uso abusivo de drogas, e aos seus familiares, que trabalharia na perspectiva da redução de danos.

Durante cinco anos de meio a bordo do CAPSad GM (fevereiro de 2012 a agosto de 2017) vivenciei as mais incríveis experiências que, com certeza, foram as mais intensas de afetos, encontros, surpresas, amores, sabores e dissabores. Foram incontáveis as situações experienciadas e inúmeros os papéis assumidos.

Nesse período, enquanto coordenador de capacitação, colaborei intensamente com o planejamento, a organização, execução e avaliação das atividades desenvolvidas no serviço e fui o responsável pelo seu gerenciamento, pelos cursos de capacitação para estudantes e profissionais, pela organização do matriciamento na rede de atenção básica e especializada (sobretudo os CAPS do interior do estado da Bahia), pela condução das reuniões técnicas de equipe interprofissional e produção de relatórios mensais das atividades desenvolvidas. Apesar de não terem sido redigidos com esse objetivo, os relatórios mensais serviram como

referência para consultas durante a construção desta tese – como uma espécie de diário de campo – uma vez que a consolidação sistematizada das informações favoreceu o exercício de reflexões a partir do registro de impressões sobre as produções da equipe, os avanços e desafios do CAPSad GM, assim como a minha atuação profissional.

No início de 2017, depois de cinco anos de trabalho no CAPS, em ritmo quase frenético, sentia-me distante de algumas atividades que me proporcionavam alegria, como ler, estudar, pesquisar, participar de cursos diversos, viajar, estar com família e amigos, ensinar, escrever e refletir mais intensamente sobre a psicologia, a clínica ampliada, outros saberes em saúde mental e cuidado e debruçar-me, de forma mais profunda, sobre os desafios da sociedade contemporânea e da minha prática profissional. A dinâmica cotidiana do serviço era atravessada por demandas e urgências que consumiam energia, dificultando o meu investimento em outros campos de interesse pessoal/profissional. Nesse período, o CAPSad GM passava por um momento importante de revisão de práticas e demandava mais foco, mais disponibilidade de tempo, disposição e intensificação de forças para promover essas mudanças. Meu corpo físico-mental estava cansado. Receoso em não dar conta das necessidades do CAPSad GM nem dos projetos pessoais/profissionais, em agosto desse mesmo ano, depois de alguns conflitos internos, optei por me desligar da instituição e dedicar-me ao ensino, à clínica ampliada, aos estudos e à pesquisa.

Os processos de trabalho da equipe e todas as mobilizações decorrentes das suas decisões tinham impacto direto na vida das pessoas acompanhadas, nas compreensões e decisões clínicas, na formação dos estudantes e no aperfeiçoamento dos trabalhadores que circulavam pelo CAPSad GM. Estávamos avançando nessa perspectiva de cuidado? O usuário era o centro da construção dos projetos terapêuticos? O quanto a perspectiva e as crenças pessoas restringiam a amplitude do cuidado? Que clínica era essa? Existia uma única clínica ou muitas clínicas no CAPS? E o CAPS, era mesmo uma proposta nova e diferenciada ou um equipamento tradicional/ambulatorial disfarçado de CAPS? O cuidado realizado era efetivo? Por que, recorrentemente, a equipe apresentava inúmeras queixas de sofrimento? Quais eram os pedidos e as necessidades reais dos usuários e da equipe? Por que alguns temas eram discutidos com tanta frequência nas reuniões (e sem soluções no horizonte)? Por que existiam tantos conflitos entre a própria equipe, entre técnicos e usuários, entre os próprios técnicos e entre técnicos e a coordenação? Por que o trabalhador expressava tanto desconforto e, até mesmo adoecimento, na produção do cuidado em saúde mental? Que cuidado era esse? Quais as competências necessárias para essa clínica, para esse trabalho? O que estava sendo praticado se aproximava ou não dos princípios da reforma psiquiátrica e da luta

antimanicomial e que princípios eram esses que pareciam intangíveis? Quais estigmas circulavam entre os técnicos? Por que tanta dificuldade em colocar em prática as decisões discutidas? O quanto os usuários eram participativos nos processos decisórios, na gestão e no controle social do CAPS? Enfim, essas e muitas outras perguntas *apertavam a minha mente* e eram demasiadamente excessivas para serem silenciadas, porém, amplamente diversificadas para serem abordadas em uma única tese.

Por esse motivo, resolvi fazer um recorte, considerando algumas inquietações da função que ocupei por quase seis anos (no campo da gestão) enfatizando os aspectos relacionados às perspectivas de cuidado nesse CAPSad e os processos de trabalho interprofissional. Destacar esses elementos é importante porque, embora o eixo “gestão” tenha sido o lugar de partida, compartilho das ideias de Ricardo Ceccim (2004) que considera a gestão indissociável da assistência, da formação e da participação social, articulações necessárias que tornam o campo da saúde mental um desafio ainda maior.

Algumas condições contextuais, profissionais e pessoais contribuíram para a construção do meu percurso no serviço e, conseqüentemente, nortearam as minhas reflexões sobre a presente tese.

O CAPSad GM, por ser uma unidade docente-assistencial, criada a partir de um projeto vinculado à Universidade Federal da Bahia e administrado financeiramente pela Secretaria de Saúde do Estado, apresentava condições de funcionamento público diferenciadas, quando comparadas com os demais CAPSads vinculados à administração municipal. Essa diferenciação refere-se ao seu caráter docente, à composição de uma equipe multiprofissional ampliada e aos tipos de vínculos empregatícios do corpo técnico – nesse caso, por se tratar de um projeto, a equipe foi contratada no âmbito da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

O serviço surgiu ancorado num contexto sociocultural, econômico e político marcado pelo aumento do uso problemático de álcool, crack, outras drogas e pela implementação de novos programas nacionais para fazer face a essa situação, mas, ao mesmo tempo, por uma acentuada defasagem do número de CAPSads em relação às necessidades da cidade do Salvador.

A proposta de localização do CAPSad no Centro Histórico de Salvador foi feita por essa região da cidade ser considerada como um espaço complexo, marcado por muitas contradições e potencialidades, expressas pela presença significativa da cultura afro-brasileira, pela constância de turistas com concentração de estabelecimentos comerciais diversos, múltiplas instituições sociais, setores públicos diversificados, uma população

residencial de baixo poder aquisitivo e um número elevado de pessoas em situação de rua e vulnerabilidade.

Embora seja considerado um cartão postal de Salvador-Bahia, observamos, no entorno do centro antigo, um território historicamente marcado por um elevado nível de pobreza e desigualdade social (sobretudo da população negra) com serviços básicos precários, racismo e violência psicossocial acentuados, ligados a atividades de geração de renda informal, com ênfase para o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. A região do Centro Histórico foi apontada por levantamento realizado através da Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (SUPRAD) como um território alvo prioritário para o direcionamento de políticas para usuários de álcool, crack e outras drogas<sup>(1)</sup>.

Partindo do pressuposto de que todos os acontecimentos foram pontos de aprendizagem, tomei a experiência de trabalho no CAPS e a coloquei em análise para destacar alguns elementos que deram certo, outros que não deram, as atividades distorcidas, interrompidas, refeitas, celebradas, estereotipadas e espontâneas, questionadas, o retrabalho, as dobras, as falhas, o “*feijão com arroz*” e o inusitado das práticas de cuidado, aquilo que se fez, o que não se fez ou o que poderia ter sido feito nos quase seis anos de atividade no serviço.

Nesse sentido, faço um esforço para expressar essas vivências e articular com as referências da saúde coletiva, da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, da redução de danos, da medicina e da psicologia clínica e do trabalho.

A tese foi elaborada utilizando-se métodos de pesquisa qualitativa em ciências sociais e saúde e estruturada em formato de artigos científicos.

Para integrar e complementar aquilo que o texto foi incapaz de expressar nesta apresentação, abro os caminhos da leitura com poesia, linguagem-acolhimento capaz de dar continência ao universo subjetivo de um ‘homem em tese’.

### **Homem em Tese**

Um homem em tese não é um homem, é uma construção

A conceituação de homem é elemento acabado, definido, contornado

Homem em tese é uma contraditória presunção

Não é sem desconforto que se constrói uma tese,

muito menos um homem  
que já nasce com seu destino predefinido:

– *É homem!*

Tensão.

Porque ao nascer,

O homem em tese,

Já se faz tese:

– *Vai ser homem na vida!*

Mas existe o *homem*?

Questiona Drummond

Em suas especulações

Sobre o homem-palavra

Do homem em tese tudo se aproveita,  
mesmo diante dos tropeços e imperfeições,

Acerta-se.

Experimenta-se.

Para o homem em tese, o erro não é erro, é experiência.

Existe tese sobre o erro?

Ou seria, ele também, um erro em tese?

Na tese sobre o homem

As hipóteses de homem são testadas,

confirmadas ou refutadas.

Para aprovar ou rejeitar

A hipótese alternativa,

Há de se treinar o pensamento

Exorcizar a mente crente

Lapidar o método.

Probabilizar certezas e incertezas

Metrificar o amor

Para amar a ciência sem medidas...

Na tese sobre o homem,  
Homem é hipótese nula.

Com quantos homens se faz uma tese?  
Com quantas teses se faz um homem?

Quantas teses sobre o homem, se impôs homem?  
Quantos homens se fizeram, em tese?

Tese sobre o homem,  
Homem em tese.  
Tese e homem  
Se faz e desfaz  
Se refaz, em paradoxos  
Científicos  
Poéticos  
Poesias

## 2 INTRODUÇÃO

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas clínicas de cuidado em saúde mental precisam estar articuladas aos modos de vida das comunidades e às políticas públicas comprometidas com os direitos humanos. Por serem recentes, as políticas de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas enfrentam diversos obstáculos para sua operacionalização, entre eles, a necessidade de superação dos modelos assistenciais morais/religiosos e biomédicos e os desafios dos trabalhadores em desenvolverem tecnologias de cuidado que dialoguem com as racionalidade científicas, discursos socio-culturais e meios de trabalho diversificados.

Quando se busca compreender a dimensão da clínica ampliada (CA), admite-se que profissionais compõem, na relação com os usuários, uma dialética de papéis simultâneos de trabalhador/cuidador. Segundo Oliveira (2006), se isso não for considerado no plano do trabalho assistencial e centrar-se a atenção apenas no polo “terapêutico”, que teria a pretensão de responder às demandas exclusivas da saúde, restaria uma clínica que, mesmo com toda a competência técnica, não garantiria uma atenção compromissada com os direitos humanos.<sup>(2)</sup>

O adoecimento psíquico e as complicações biopsicossociais decorrentes do consumo abusivo de substâncias psicoativas são condições crônicas de saúde que ocasionam graves problemas de saúde pública mundial, ao considerar a sua alta prevalência e morbimortalidade<sup>(3)</sup>. No Brasil, o intuito de promover cuidados em saúde mental e reduzir os danos consequentes do consumo de substâncias psicoativas, possibilitou a implantação de políticas públicas de saúde que regulamentam a criação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Trata-se de serviços públicos, de base comunitária e territorial, que ofertam atendimento individual, grupal, oficinas terapêuticas, desintoxicação, visitas domiciliares, cuidado aos familiares e atividades de reinserção social das pessoas em sofrimento decorrente do uso de drogas<sup>(4)</sup>.

Os CAPSAD são dispositivos estratégicos e fundamentam-se no modelo psicossocial e da redução de danos. A organização do trabalho é realizada em reuniões de equipe interprofissional que têm como objetivos compartilhar experiências de cuidado entre os profissionais, nortear, planejar e pactuar condutas/manejos de situações cotidianas, discutir casos clínicos numa visão interdisciplinar, estabelecer parcerias no território, problematizar e avaliar continuamente o processo de trabalho e cuidado<sup>(5,6)</sup>.

O trabalho interprofissional, também conhecido como interprofissionalidade, é uma diretriz no campo da saúde mental e na concretização da interdisciplinaridade. Enquanto essa

última diz respeito à esfera do conhecimento (disciplinas), a interprofissionalidade corresponde à prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e nas suas necessidades<sup>(7)</sup>. Entretanto, observa-se que as ações da equipe interprofissional nem sempre condizem com as discussões e com os acordos coletivos firmados nas reuniões e que existem tensionamentos nas relações entre os trabalhadores na dinâmica de produção dos serviços de saúde.

Algumas pesquisas apontam ambivalência dos trabalhadores dos CAPS com relação à reunião de equipe e ao engajamento no trabalho interprofissional, uma vez que as posições oscilam entre o reconhecimento desses dispositivos como instrumentos de coesão, conflitos e inoperância<sup>(8)</sup>.

Analisar as perspectivas clínicas em saúde mental, redução de danos e o processo de trabalho em equipe, suas dificuldades e soluções relacionadas à construção dos planos de cuidado poderão ser úteis para o desenvolvimento de tecnologias que qualifiquem a assistência de pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas.

Neste estudo, optou-se por uma construção de cinco artigos científicos, investindo também na circulação mais fluída dos resultados encontrados no processo da pesquisa e na produção de conhecimento.

A análise dos resultados em cada artigo dialoga com múltiplas linhas de pensamentos da saúde coletiva e das ciências sociais em saúde. Trata-se de uma pesquisa que emerge da práxis e privilegia a potência da vida como balizadora do cuidado e da produção de conhecimento em saúde mental, sem pretensões de comprovar uma teoria específica. Considerando que as referências adotadas não são homogêneas, utilizou-se conceitos operacionais analíticos para a compreensão dos fenômenos vividos/observados: a experiência de trabalhar, cuidar e pesquisar em um CAPSad.

Neste estudo, a construção das informações engloba momentos distintos. Ela foi iniciada, em 2018, com os estudos de revisão de literatura e a sistematização dos registros das reuniões de equipe ocorridas nos anos 2013 a 2017. Em seguida, foram realizados os encontros com os trabalhadores, em 2018, e a conclusão das análises das informações nos anos 2019 a 2020. Num período de sete anos (2013 a 2020) foram vivenciadas mudanças significativas no contexto social, econômico e político do país: impeachment da presidenta Dilma Rousseff (2016) e posterior implementação de estratégias antidemocráticas com impacto nas políticas públicas de saúde no SUS promovidas pelos governos de Michel Temer (2016 a 2018) e Jair Bolsonaro (iniciado em 2019). Como exemplos, destacamos a Proposta de Emenda Constitucional 241 (PEC 241) que congela os gastos públicos com a saúde por 20 anos<sup>(9)</sup>, o Decreto



9761/2019 e a Nota Técnica nº 11/2019<sup>(9)</sup> que propõe uma nova política de drogas e de saúde mental (respectivamente) baseada em lógicas proibicionistas, na abstinência, em internações compulsórias e financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, revelando um distanciamento dos princípios legais, assistenciais e políticos que orientam o movimento de reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e fundamentou a implantação da política nacional de saúde mental e a construção da atenção psicossocial no país até o ano 2016<sup>(10)</sup>.

Em 2020, no tempo de concluir este estudo, o mundo foi surpreendido pela pandemia do coronavírus, alterando de forma abrupta, a rotina das pessoas, colocando em risco suas vidas e gerando alto impacto emocional, psicossocial e econômico no cenário mundial. Vivenciamos muitas mudanças em uma década com interferência profunda nos sistemas de saúde globais e ressonâncias na vida cotidiana e na produção do conhecimento em curso sobre cuidado em saúde mental.

Assim, além de colocar em evidência as reflexões produzidas sobre os desafios e as perspectivas dos trabalhadores de um CAPSad diante dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, a pesquisa também interroga, em suas considerações finais, as racionalidades clínicas de cuidado em saúde mental e a redução de danos frente às incertezas provocadas pela pandemia.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Reforma psiquiátrica, saúde mental e atenção psicossocial

Na história da psiquiatria, observamos contradições no estabelecimento do conceito de doença mental e de parâmetros claros para tratamentos mais adequados das afecções psíquicas. Foucault (2005), a partir dos seus estudos, demonstrou que o conceito de doença mental e o seu tratamento se modificaram de acordo com as transformações sociais.<sup>(11)</sup> Assim, a legitimação de uma intervenção em saúde mental está relacionada ao conjunto de valores socio-culturais, em dado momento histórico.

Nessa perspectiva, as reflexões de Canguilhem (2002) sobre o normal e o patológico são fundamentais para a compreensão da saúde física e psíquica na atualidade.<sup>(12)</sup> Segundo esse autor, utilizar o parâmetro de normalidade na saúde mental é problemático, pois pressupõe um julgamento moral a respeito da adequação das pessoas a uma norma de funcionamento eleita (comparativamente) como a melhor, o que limitaria o potencial singular, criativo e diversificado da existência humana. Devido ao caráter restritivo dessas ideias normatizadoras da vida, em substituição à normalidade, Canguilhem propõe uma noção de normatividade, afirmando que todo ser vivo possui uma normatividade vital, ou seja, uma capacidade de organizar-se na interação com o meio em que vive (ainda que algumas normas possuam melhores possibilidades adaptativas). Essa definição supõe certa adaptação, porém ultrapassa o adaptável. Não é apenas capacidade de adaptar-se ao meio, mas também a de constituir novas formas de viver. A saúde mental, por esse ângulo, seria a expansão da normatividade individual restringida pelo adoecimento e, por conseguinte, o seu tratamento teria como referência a satisfação subjetiva e a ampliação da normatividade vital<sup>(12)</sup>.

As transformações na compreensão da saúde/doença mental possibilitaram revisão dos modelos de atenção e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (incluindo aquele decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas), até então propostos hegemonicamente pelo modelo manicomial, centrado na doença, na medicalização e no isolamento social. Na década de 1970, um movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecido como psiquiatria democrática, ganhou força com propostas inovadoras de desinstitucionalização e inclusão social do “louco” e influenciou diversos países na revisão de suas práticas de cuidado<sup>(13)</sup>.

Para Basaglia (2001), faziam-se necessárias transformações profundas não só no modelo de assistência em saúde mental, mas, sobretudo, nas relações entre a sociedade e a loucura. Considerava importante ampliar o olhar sobre o cuidado das pessoas em sofrimento emo-

cional, afirmando que a psiquiatria por si só não era capaz de dar conta do fenômeno complexo da saúde/doença mental. Promoveu uma análise profunda que ultrapassou o âmbito clínico, explorando, de forma crítica, a questão sociopolítica das instituições manicomialis.<sup>(14)</sup>

A reforma psiquiátrica propôs mudanças em quatro grandes eixos: a) no teórico-conceitual, onde se buscava a desconstrução do conceito de doença mental e a construção do conceito de existência-sofrimento do sujeito a partir das suas relações sociais; b) no técnico assistencial com a noção de território, nos novos serviços e projetos de trabalho, renda, socialidade e inclusão; c) no campo político jurídico que compreende as leis, normativas e portarias, desconstrução dos manicômios, financiamento e a questão penal e, finalmente, no campo sociocultural, no que se refere ao trabalho de educação e sensibilização socio-comunitária para desconstrução de estigmas relacionadas à doença mental, da garantia de direitos e mudanças institucionais<sup>(13)</sup>.

Portanto, ela se insere na superação paradigmática com abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre o sofrimento humano no campo das teorias e do conhecimento, buscando ainda reorganizar o modelo assistencial para que possibilite a reconstrução da cidadania, do sujeito em sofrimento psíquico.

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica tem sido construído e pactuado por diferentes atores sociais, além de ter preconizado importantes transformações da atenção e do cuidado nos últimos anos. Essas transformações apontaram para mudanças na concepção do processo saúde-adoecimento-cuidado, no modelo teórico e técnico-assistencial e culminaram com a construção e implantação da Política Nacional de Saúde Mental e, posteriormente, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas<sup>(13,15,16)</sup>.

Essas políticas foram implementadas a partir da lei 10.216 de 2001 do Ministério da Saúde (MS) e da portaria nº 336/2002 (MS) que regulamentaram os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Os CAPS, em suas diferentes modalidades, surgiram como estratégia de cumprimento de ações que respondessem ao novo modelo clínico-político de saúde mental definido e estabelecido no país advindo das lutas das reformas psiquiátricas e sanitárias brasileiras<sup>(4)</sup>.

Esses movimentos de reforma apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que, cotidianamente, têm a tarefa de expandir e consolidar essas mudanças com foco nas diretrizes do SUS e nas demandas psicossociais dos usuários. Para isso, seus principais instrumentos têm sido: a educação permanente que faculte a reorganização de seu processo de trabalho; a articulação de alianças entre os diferentes setores da sociedade que

viabilize a criação e a expansão concretas de uma rede de atenção; um cuidado baseado em um território e nos princípios de integralidade e na participação popular<sup>(4,17)</sup>.

Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria GM/ MS nº 3.088, que possibilitou uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e das suas famílias aos pontos de atenção e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências<sup>(18)</sup>.

A finalidade da atenção psicossocial é o reposicionamento das pessoas como sujeitos sociais em suas múltiplas dimensões existenciais e não somente na remoção dos sintomas. A emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais e o fortalecimento dos laços de sociabilidade na família e nas comunidades são objetivos do cuidado psicossocial que se constrói cotidianamente<sup>(13)</sup>.

Essa construção, no entanto, não tem se desenvolvido de forma tranquila. Apesar dos avanços providos pelas políticas públicas de saúde, nos últimos 40 anos, intensos movimentos de atores sociais, sobretudo usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental, travaram incansáveis disputas para consolidações de princípios e práticas de cuidados harmonizados com o pacto civilizatório contido na Declaração Universal de Direitos Humanos. De acordo com a Carta de Bauru (manifesto organizado por trabalhadores e defensores da luta antimanicomial<sup>1</sup>), o Brasil vivencia um violento ataque aos princípios da democracia, aos direitos humanos e ao Sistema Único de Saúde, com diminuição de financiamentos e desconstrução de diretrizes que ameaçam o combate à lógica manicomial que ainda persiste em suas várias formas: hospital psiquiátrico, instituições baseadas em internações compulsórias, práticas assistenciais obsoletas e de controle rígido dos espaços do viver<sup>(19)</sup>.

Frente aos retrocessos, mudanças e congelamento dos gastos na saúde propostos pela PEC 241<sup>(20)</sup>, em recente publicação do Ministério da Saúde, a nota técnica N<sup>o</sup> 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS<sup>(9)</sup> apontou mudanças arbitrárias nas políticas de saúde mental, álcool, crack e outras drogas, em direção oposta aos princípios da reforma psiquiátrica em curso, da luta antimanicomial e da própria Lei Paulo Delgado que redireciona a assistência em saúde

---

<sup>1</sup> Movimento social iniciado na década de 1980 em continuidade a ações de luta política na área da saúde pública no Brasil, mobilizado por profissionais da saúde que contribuíram para a consolidação do SUS. Caracteriza-se pela disputa para garantir os direitos da pessoa em sofrimento mental.

mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental.

Entre os diversos problemas identificados na nota técnica, destacam-se: a falta de participação popular na construção da agenda e formulação de políticas; a desconsideração das estratégias de cuidado que se produz nas comunidades; a inclusão dos hospitais psiquiátricos nas Redes de Atenção Psicossocial; possibilidade de internação compulsória de crianças e adolescentes; fortalecimento e financiamento de comunidades terapêuticas (instituições filantrópicas/religiosas que seguem a lógica manicomial e que propõem internação e isolamento social como estratégias centrais); ambulatorização do cuidado em saúde mental e a abstinência como posição clínica e política de atenção às pessoas que também usam drogas.

### **3.2 A clínica da reforma psiquiátrica – reflexões sobre uma clínica crítica ampliada e exercida entre vários**

Desde os primeiros movimentos até os dias atuais, a reforma psiquiátrica brasileira (RP) desdobrou-se em um conjunto amplo de conhecimentos e práticas. A importância de se localizar a cidadania como valor fundamental e organizador reafirma que a RP é sobretudo um campo de diversidades, que contempla a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico<sup>(21)</sup>.

Muitas críticas são dirigidas ao processo de reforma psiquiátrica em andamento, quando se considera as propostas de cuidado. Essas críticas são focadas em um conjunto de questões que vão desde a lentidão da consolidação da RP, dos problemas com financiamento da assistência à saúde mental pública (sobretudo os hospitais psiquiátricos), passando pela insuficiência técnica dos novos serviços e a suposta ideologia antipsiquiatria<sup>(22,23)</sup>.

Para alguns estudiosos, essas críticas se baseiam numa compressão sobre a doença mental que produz distorções no plano de propostas e diretrizes que norteiam as práticas de cuidado. Afirmam que as teorias clínicas desse campo de atuação são modelos explanatórios que se alternam entre abordagens neurocientíficas e mentalistas dada a complexidade do objeto de estudo e que a única possibilidade de manter o campo aberto à investigação e à assistência é que se tolerem e integrem dialeticamente a ambiguidade e a incerteza referentes a cada modelo clínico e explicativo<sup>(18,23)</sup>.

A esse respeito, Amarante (2007) pontua que uma prática efetivamente transformadora junto às pessoas em sofrimento psíquico, precisa superar o paradigma tradicional da clínica, uma vez que conceber a doença mental como objeto, como desvio em relação a um padrão

normal de subjetividade, acaba impondo ao sujeito com doença mental um lugar de negatividade.<sup>(13)</sup>

Kuhn (2009) afirma que a ciência moderna positivista constituiu o paradigma da clínica (incluindo a clínica psicológica, a psiquiátrica e a da saúde mental), ainda hegemônica, definindo seus problemas, métodos legítimos e modelos dentro de limites preestabelecidos e relativamente inflexíveis, forçando a natureza a encaixar-se nesses padrões.<sup>(24)</sup>

As perceptivas clínicas da RP contemplam três vertentes interdependentes: a primeira estaria relacionada à recusa da clínica enquanto redução teórico-prática da experiência e sofrimento individual em suas relações, enfatizando, portanto, o campo sociocultural; a segunda envolve uma compreensão de que os espaços institucionais de circulação das pessoas em sofrimento agem como campos de forças na produção da saúde-doença-cuidado e, finalmente a terceira, a vertente que afirma a necessidade de promover, via reabilitação psicossocial, uma competência social das pessoas em experiência de sofrimento psíquico<sup>(25,26)</sup>.

A vastidão da clínica da RP considera e valoriza as histórias singulares dos sujeitos em contexto, amplia as ferramentas de trabalho na assistência individual, familiar e de grupos, reconhece a clínica dos diferentes profissionais e dialoga com os princípios da clínica ampliada propostos por Campos (2003)<sup>(27)</sup>, que, além das considerações acima, situa o sujeito como ser existencial ativo e responsável em seu processo de saúde e doença e pelas suas escolhas no encontro com os profissionais da saúde.

As clínicas contemporâneas são o resultado de disputas ou de coexistência de diferentes teorias explicativas do processo de saúde-doença-adoecimento e cuidado. De um lado, prevalece a clínica empírica classificatória com raciocínio fisiopatológico dirigido à doença e, de outro, o método que olha e escuta o sujeito com suas idiosincrasias, afetos, saberes e poderes<sup>(28)</sup>.

No contexto da atenção psicossocial, Costa-Rosa (2013) propõe elementos para uma clínica crítica ampliada e transdisciplinar afirmando que diferentes componentes teóricos, metodológicos, estéticos e afetivos se atravessam, impulsionando seu mecanismo de produção de realidades objetivas e subjetivas.<sup>(26)</sup> Assim, a necessidade da atitude transdisciplinar nas práticas clínicas para o sujeito que demanda atenção é uma consequência necessária à ética do cuidado psicossocial.

Para Endo (2017), os usuários dos serviços de saúde mental no Brasil ainda são vistos como marginais do sistema de direitos à saúde no SUS, evidenciando a necessária compreensão da função clínica desse sistema catalisado pela RP.<sup>(29)</sup> A autora alerta sobre o perigo de o profissional de saúde ser capturado pela armadilha em super delimitar um campo, seja de um

tipo de doença ou de determinada instituição, a partir do qual irá lançar um olhar de especialista sobre o tema.

A medicina organiza-se em departamentos e práticas ultra especializadas e a saúde mental vem seguindo o mesmo caminho, ao traçar uma linha divisória ente os campos de atuação por doenças ou transtornos mentais, subdivididos ainda em modalidade de atenção, ou seja, em casos graves, moderados e leves. Criaram-se assim: aos psicóticos e neuróticos graves, o CAPS Adulto; aos autistas, o CAPS infantil; aos dependentes de drogas o CAPS álcool e drogas. O risco seria, a partir deste, apontar uma clínica específica para cada tipo de equipamento (ENDO, 2017, p. 126).<sup>(29)</sup>

Em seus estudos, a autora destaca que é o *pathos*, ou seja, a experiência de sofrimento do sujeito presente em suas narrativas nos diversos contextos e dispositivos públicos assistenciais, que se constitui como eixo clínico do cuidado a seguir.

### **3.3 Considerações sobre atenção à saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas: tensões entre políticas e práticas de cuidado**

As reflexões em torno das propostas de cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas têm interferido na prática assistencial a essa população. Nesse cenário, três dimensões têm sido contempladas: a político-gerencial, a organizacional e a tecnológica. A primeira, corresponde à formulação e implementação de políticas públicas; a segunda, refere-se à dimensão institucional e às relações estabelecidas entre as unidades de saúde e aos níveis de complexidade assistencial e, finalmente a terceira, a dimensão tecnológica que abrange o conteúdo das práticas e a organização social dos processos de trabalho em saúde mental<sup>(30)</sup>.

A utilização de substâncias psicoativas (SPAs), historicamente, sofreu muitas ressignificações. Os múltiplos modos pelos quais o uso é concebido e vivenciado variam a cada nova relação sujeito-ambiente-substância<sup>(31)</sup>. As SPAs não são dotadas apenas de propriedades farmacológicas classificadas como depressoras, perturbadoras e estimuladoras do sistema nervoso. Suas existências e seus usos envolvem questões complexas de liberdade, cultura, disciplina, sofrimentos, cura, prazeres, transcendência, conhecimentos, sociabilidades, crimes, moralidades, violências e comércios<sup>(32)</sup>.

Os estudos socioantropológicos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas por diversos povos demonstram uma alteração significativa no padrão de consumo dessas substâncias nos tempos contemporâneos em relação àqueles até o início do século XX. Pas-

sou-se de uma utilização prioritariamente ritualística, esporádica e restrita a pequenos grupos, ao uso indiscriminado, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracterizando um modo de vida típico das sociedades de consumo atuais<sup>(33, 34)</sup>.

Atualmente, as pesquisas sobre a utilização de SPAs lícitas e ilícitas no Brasil permitem identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento das questões psicossociais e de saúde relacionadas ao consumo de drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos, perspectivas essas que se organizam a partir das políticas públicas oriundas da justiça e da saúde. Enquanto as políticas de base proibicionista concentram esforços na redução e/ou controle da oferta e da demanda de SPAs, com repressão e criminalização da produção, do comércio, porte e consumo de drogas ilícitas, as políticas e propostas de redução de danos pautam intervenções orientadas para a minimização dos riscos e danos econômicos, psicossociais e à saúde, relacionados ao consumo de álcool e outras drogas<sup>(35,36)</sup>.

O modelo proibicionista está relacionada a duas propostas explicativas para a questão do consumo de SPAs: a moral/criminal e a patológico. Na primeira perspectiva, o consumo de drogas configura-se como uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste na detenção das pessoas que cometeram um crime. A patológica concebe o uso nocivo e a dependência como um problema de saúde biologicamente determinado, devendo ser combatido com tratamento e reabilitação<sup>(30,37)</sup>.

Ambos os modelos, embora apresentem divergências de intervenções, propõem a eliminação do consumo de drogas – tanto pela restrição de liberdade quanto pelo tratamento, como também, a compreensão de que o sujeito não é autor das suas escolhas. Tais perspectivas de intolerância às drogas objetivam a redução da demanda e o tratamento admite a abstinência como única meta viável<sup>(30)</sup>.

O modelo de cuidado em saúde aos usuários de SPAs baseado unicamente na abstinência, limita-se, entre outras questões, pelo fato de representar uma barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições públicas de saúde. A alta exigência em torno da abstinência implica, em muitas situações, censuras e constrangimentos aos episódios de recaída ou reincidência, tornando os centros de saúde em espaços pouco acolhedores às populações de usuários de SPAs, frequentemente estigmatizados pela sociedade<sup>(30)</sup>.

O modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas construído com base na racionalidade proibicionista caracteriza-se, então, por uma relação autocrática das intervenções. Embora na atualidade, em diversos países, existam movimentos considerados progressistas para descriminalização e regulamentação de algumas substâncias psicoativas ilícitas



tas, a criminalização dos usuários ainda repercute na garantia de direitos sociais e de cidadania, entre os quais o de livre acesso aos serviços de saúde e tratamento e mesmo o de fazer uso dessas substâncias em condições não prejudiciais ao indivíduo e à sociedade<sup>(38)</sup>.

A hegemonia do discurso político proibicionista em relação às drogas não impediu, contudo, a emergência de um enfoque político alternativo contra-hegemônico. De acordo com Ribeiro & Araújo (2006), historicamente, os países europeus sempre defenderam a redução da demanda como política preferencial, em detrimento de políticas fortemente centradas na redução de oferta.<sup>(39)</sup> Ainda que tal enfoque político não seja consenso em toda Europa, ele se constituiu no berço da redução de danos como uma alternativa de saúde pública aos modelos de atenção fundamentados exclusivamente na abstinência<sup>(30)</sup>.

O consumo de drogas, conforme essa linha de pensamento, não pode ser extinto da sociedade. No entanto, é possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados, tanto para os usuários quanto para a coletividade. Esse enfoque tem sido apontado como expressivo eixo humanitário por conferir maior plasticidade racional ao enfrentamento da questão das drogas, propiciando, por exemplo, compreender o consumo abusivo de drogas como um problema de saúde pública<sup>(40)</sup>.

Os receios em relação às propostas da redução de danos nos anos iniciais de sua implantação não foram confirmados ao longo do tempo. Contrariando as previsões de especialistas, evidenciou-se um aumento da demanda por acompanhamento assistido por programas de redução de danos e a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde<sup>(37)</sup>, embora esse funcionamento, muitas vezes, se realize de forma precária, com equipes desfalcadas e sobrecarregadas ou mesmo vulneráveis às agendas das políticas de gestão municipais, estaduais e federais.

O cuidado em saúde orientado pela lógica da redução de danos é descrito como de "baixa exigência", por não exigir dos usuários uma interrupção do consumo de SPAs como um pré-requisito para o acompanhamento<sup>(41)</sup>. Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta de prevenção e tratamento, ela concilia o estabelecimento de alternativas de cuidado. O foco dessa abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os riscos e danos psicossociais à saúde, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo. A atenção desloca-se do conceito de saúde-doença a partir de diretrizes universalizantes e centra-se nas necessidades sociais e de saúde do usuário, que será sensibilizado e apoiado na adoção de práticas de cuidado e autocuidado<sup>(37)</sup>.

O Brasil consta entre os países integrantes das convenções internacionais para a repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, o que repercutiu na formulação de uma política nacional de drogas alinhada ao discurso proibicionista. A partir do ano 2000, as políticas pú-

blicas de drogas brasileiras, sistematizadas pelo Ministério da Justiça, apresentaram-se permeáveis ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção de usuários de álcool e outras drogas orientado por essa racionalidade<sup>(42)</sup>.

Entretanto, pesquisadores afirmam que a abordagem repressiva às drogas ilícitas adotada pela justiça, tem implicações problemáticas à saúde coletiva como, por exemplo, a mortalidade por homicídios, os impactos sanitários da população restrita de liberdade e o bloqueio de acesso e desenvolvimento de novas terapias derivadas de substâncias psicoativas censuradas<sup>(43)</sup>.

As experiências em redução de danos nos países que têm assumido esse enfoque na revisão de suas políticas públicas de drogas evidenciam a diversidade de intervenções possíveis para diminuir os danos que o uso de drogas pode acarretar ao usuário, à sua família e à comunidade em que vive. Tal diversidade, por sua vez, mantém estreita relação com o contexto sócio-político e sanitário de cada país que adota políticas e programas de redução de danos. Ressaltam-se, ainda, as transformações culturais transversais a essas experiências, tendo em vista uma releitura social da questão das drogas e o reconhecimento do uso prejudicial e da dependência como um problema de saúde pública. Os caminhos percorridos por cada país para a construção de um modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas podem, então, ser compreendidos como processos históricos singulares<sup>(30)</sup>.

### **3.4 Política de drogas e redução de danos no Brasil**

O Brasil é um do país que participa das convenções e acordos internacionais para a repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, o que repercutiu na formulação de uma política nacional de drogas alinhada ao discurso proibicionista. A partir do ano 2000, as políticas públicas de drogas brasileiras têm-se apresentado permeáveis ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção de usuários de álcool e outras drogas orientado por essa racionalidade<sup>(42)</sup>.

Com a construção da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003, admite-se o atraso histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública<sup>(44)</sup>. Afirma-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir atenção especializada em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas, até então contemplada, predominantemente, por instituições civis, como as comunidades terapêuticas, alcoólicos anônimos, grupos de autoajuda e de ajuda mútua. As diretrizes da política setorial de saúde preveem a construção de uma rede de atenção a

usuários de álcool, crack e outras drogas valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), instituições estratégicas no ordenamento da rede em seu território de atuação, que tem como objetivo articular os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados<sup>(6)</sup>.

O fortalecimento da rede de atenção em saúde mental não exige unicamente a ampliação de espaços que possam cuidar da população em sofrimento psíquico, requer, sobretudo, a construção de articulação entre os serviços que habitam uma rede que já existe. Além dos fatores ligados a políticas de saúde e à dificuldade de interconectar os diversos serviços da rede de atenção, os serviços estratégicos de atenção psicossocial têm um problema inerente à população à qual presta atendimento<sup>(45)</sup>. Pessoas em sofrimento psíquico relacionado ao uso de drogas, encontram-se, muitas vezes, vulnerabilizadas pelo processo de estigmatização social, têm seus laços familiares fragilizados e podem apresentar comorbidades de cunho psíquico. Muitos, ainda, encontram-se em situação de rua, o que acarreta vulnerabilidade social extrema.

Muitos dos problemas encontrados no Brasil não são unicamente decorrentes do descompasso entre a oferta de tratamento e a demanda; a inadequação dos métodos terapêuticos propostos contribuem grandemente para o fenômeno do absenteísmo nos CAPSad. Por se tratar de um processo de cuidado dotado de etapas e, de modo geral, de longa duração, um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos usuários é a dificuldade deles em seguir o acompanhamento de forma regular e sistemática<sup>(37)</sup>.

Cavalcanti (2019) sintetiza cinco desafios globais que impactam a consolidação das políticas brasileiras de saúde mental, álcool e drogas no país, descritos a seguir: em relação à sociedade, os principais obstáculos são referentes à violação dos direitos humanos e ao estigma social; quanto ao governo aparecem as políticas inadequadas, a falta de estrutura e de financiamento, a dificuldade com a qualificação profissional; sobre a organização dos sistemas de saúde mental locais, o foco é o desenho, a implantação e o monitoramento do sistema, a não implantação dos programas, que, por vezes, são pouco factíveis, a necessidade de inclusão de serviços não médicos, a colaboração em rede e a falta de medicamentos psicotrópicos e, em relação aos profissionais, aparece a questão da formação, do sofrimento mental relacionado ao trabalho e à falta de pesquisas que avaliem e informem sobre o trabalho realizado.<sup>(46)</sup> Finalmente, quanto aos usuários, a necessidade do fortalecimento de grupos de autoajuda e de suporte interpares e o compartilhamento de decisões. A autora conclui que, apesar dos desafi-

os, o Brasil tem uma das políticas de saúde mental mais referenciadas e reverenciadas no mundo<sup>(46)</sup>.

Os movimentos reformistas no Brasil sobre cuidados coletivos em saúde, incluindo as intervenções assistenciais aos usuários com problemas decorrentes do uso de SPAs, foram gestados na década de 1970, influenciados, novamente, pelos coloniais modelos europeus, em especial do movimento reformista italiano. Engendrado às demandas da comunidade e dos profissionais em busca de condições de trabalho e existência mais humanas, a reforma psiquiátrica se desenvolve como ação no campo social da psiquiatria, refinando um pensamento crítico com relação à saúde mental e propondo práticas desistitucionalizantes, já no fim da década de 1980<sup>(43)</sup>. Confecciona-se, nesse período, um novo modelo de atenção à saúde mental, correlacionando com a vida social, cultural, econômica e política das pessoas.

Como resultado dessas políticas, Amarante & Nunes (2018)<sup>(18)</sup> e Almeida (2019)<sup>(10)</sup> apontam significativos avanços como a criação e expansão dos serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades, totalizando 2.462 até o ano 2017 e a criação de dispositivos de matriciamento na atenção básica e melhoria na atenção às situações de crise e cuidado de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Contudo, esses avanços não dão conta do aumento das desigualdades sociais, da pobreza e da violência que se relacionam e agravam os problemas decorrentes do consumo de drogas. Nesse cenário, o Estado vai desamparando seus cidadãos que passam a contar quase que exclusivamente com as igrejas e/ou organizações religiosas, que vão ocupando, expressivamente, o lugar do Estado.

Apesar de todos os progressos alcançados, em abril de 2019, o governo brasileiro, através do Decreto 9.761<sup>(9)</sup>, propôs uma nova política de drogas para o país. Baseada na antiga e já, comprovadamente, ineficaz lógica da abstinência, a “nova” política investe na propagação das comunidades terapêuticas. Apesar das declarações inconsistentes, as mudanças propostas representam, na verdade, o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial e redução de danos consolidados pela reforma psiquiátrica brasileira<sup>(10)</sup>. Revelam a proximidade negociada entre as políticas da justiça e de saúde que antes se contrapunham em alguns princípios e, na atualidade, se unem em torno das propostas proibicionistas.

A redução de danos que, no Brasil, ainda engatinhava, se solidificando como movimento lastreado nos direitos humanos e fundamentado na perspectiva inclusiva e democrática, com esse decreto, perde espaço para uma estratégia reacionária e fortemente apegada aos discursos religiosos e conservadores. Isso porque, enquanto os princípios e as práticas de redução

de danos se realizam nos domínios dos CAPSad, estruturados a partir de ações territoriais, interprofissionais e articuladas em rede, a atual proposta governamental fortalece instituições como as comunidades terapêuticas que, na atualidade, estão frequentemente ligadas às organizações religiosas e que se afirmam, em sua maioria, distantes dos princípios do SUS e das racionalidades em saúde.

### **3.5 O processo de trabalho em saúde mental e a redução de danos nos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas**

O processo de trabalho em saúde é o modo como se organiza o trabalho e é definido pelas atividades cotidianas, sejam elas na gestão ou na assistência à saúde, sendo essas duas dimensões inseparáveis<sup>(47)</sup>.

Para Merhy (2002), o trabalho em saúde é vivo e, por isso, dinâmico e imprevisível porque só acontece no encontro.<sup>(48)</sup> Ele destaca três dimensões importantes, que utilizaremos aqui para compreender o processo de trabalho na atenção psicossocial: o trabalho em saúde mental é sempre relacional, pois é na relação do trabalhador com o usuário que se produz o cuidado; o processo de trabalho é sempre em rede, pois nenhuma profissão e nenhum serviço é autossuficiente para produzir cuidado em saúde (os saberes são interdependentes) e o processo de trabalho em saúde é singular exigindo respostas específicas para cada necessidade apresentada.

No âmbito da saúde mental, Costa-Rosa (2013) ressalta que as mudanças recentes propostas pela RP provocaram transformações no processo de trabalho desses profissionais.<sup>(26)</sup> Tornou o trabalho mais complexo com necessidades e funções que vão além da assistência à doença; perpassa pelas necessidades sociais e pela revisão e reorganização constante das rotinas institucionais.

Na perspectiva dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços possuem cultura própria, na qual os processos de trabalho são desenvolvidos por equipes multiprofissionais. São oferecidas atividades diversificadas, com atendimentos individuais e em grupo. A família é considerada fundamental no tratamento, com atendimento específico e livre acesso ao serviço, sempre que necessário. Na lógica CAPS, atender os usuários sob o princípio da integralidade é um dos grandes desafios para os profissionais da área, considerando o déficit de recursos nos serviços e na rede SUS, o que implica diretamente nos seus processos de trabalho.

Entre as principais práticas desenvolvidas nas diferentes modalidades de CAPS, destacam-se: acolhimento, grupos terapêuticos e oficinas, atendimentos individuais, atendimento à família, visitas domiciliares, territorialização, construção de planos terapêuticos singulares, atividades de arte, lazer, esporte e cultura, dispensação de medicamentos, articulação de rede intra e intersetorial, matriciamento, realização de assembleias, reuniões de equipe e atividades de saúde no território como escolas, associações, demais serviços de saúde e assistência social etc.<sup>(49)</sup>

Os estudos sobre os fatores intervenientes nos processos de trabalho nos CAPS sinalizam as dificuldades geralmente atreladas à estrutura física e material para a realização das atividades coletivas. Evidenciam, também, a insuficiência de recursos humanos compatíveis com as necessidades do serviço, rotatividade de profissionais, desordem dos prontuários e jornada extensa de trabalho<sup>(31,50)</sup>.

Os arranjos promovidos pelos profissionais com relação à falta das ferramentas adequadas para o trabalho interferem na satisfação do profissional em desenvolver suas atividades, além de interferir no planejamento na perspectiva psicossocial. As dificuldades na formação para trabalhar nos serviços de base comunitária é também apontada como fator dificultador nos processos de trabalho. Para o atendimento no modelo psicossocial, a formação deve voltar-se para a reinserção social do usuário o que se funda fortemente às ideias antimanicomiais. Muitos profissionais que atuam nos CAPS foram formados no antigo modelo assistencial, cuja consequência é a dificuldade de realizarem seu trabalho na perspectiva da atenção psicossocial<sup>(29,50)</sup>.

A realidade nacional desvela a necessidade de capacitação de recursos humanos em saúde mental, muitas vezes não concretizadas em função dos reduzidos investimentos financeiros. O desconhecimento do papel do CAPS configura-se como obstáculo ao avanço da reforma psiquiátrica, impossibilitando o cuidado integral, reduzindo as mudanças de modelo assistencial à simples abertura de novos serviços. Os profissionais precisam acreditar e defender o modelo psicossocial<sup>(51)</sup>.

Especificamente em relação ao CAPSad, trata-se de um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas, mas, também, para sua reinserção familiar, social e comunitária. O CAPS propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com o sofrimento mental e seus determinantes. A atenção aos usuários passa a ser prestado nesses serviços de lógica comunitária, visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares e às questões sociais<sup>(13)</sup>.

A integração dos princípios da clínica psicossocial e da redução de danos permeiam as práticas de atenção e cuidado desenvolvidas pelas equipes da maioria dos CAPSad. Os fundamentos da atenção psicossocial já foram descritos na clínica da RP. Quanto à redução de danos, trata-se de um paradigma surgido como alternativa à perspectiva da abstinência ao uso de drogas. Caracteriza-se como um conjunto de conhecimentos e práticas voltadas para a minimização dos riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas e que permitem estimular o autocuidado, a promoção da saúde e a qualidade de vida. No Brasil, a redução de danos tem dimensões importantes nas políticas públicas de saúde, favorecendo a construção de uma nova lógica de cuidado na medida em que dissocia a noção de uso de substâncias com os aspectos da criminalidade, minimiza a influência dos valores morais relacionados ao uso de drogas e respeita a liberdade de escolha do usuário<sup>(37)</sup>.

### **3.6 Interprofissionalidade no contexto da atenção psicossocial**

A composição das equipes multidisciplinares e multiprofissionais também representam avanços em relação à lógica manicomial de atuação profissional especializada e isolada. Embora sejam termos semelhantes, Reeves (2008) aponta diferenças entre os termos multidisciplinar e multiprofissional, afirmando que a primeira está relacionada a diferentes campos de conhecimentos ou áreas de estudos e a segunda faz referência ao campo de práticas, sendo que ambas mantêm uma relação de interdependência.<sup>(52)</sup>

O trabalho interprofissional em saúde é dinâmico e consiste no desenvolvimento de uma prática convergente entre os trabalhadores de diferentes áreas e funções, visando responder às necessidades de saúde de uma pessoa ou uma comunidade. Contempla, portanto, aspectos relacionais, processuais e territoriais do trabalho que envolvem diversos conceitos como cooperação, práticas colaborativas e trabalho em equipe, sendo, esse último, permeado por dimensões afetivas e ocorre com intensa interdependência de suas ações, uma vez que o coletivo de trabalhadores compartilha uma identidade de equipe<sup>(53,54)</sup>.

As transformações laborais contemporâneas colocam em relevo uma identidade de profissional da saúde mental que retoma os discursos da década de 1960, na qual emergiram políticas de identidade atreladas aos movimentos sociais. Tais políticas concentraram-se em afirmar a identidade cultural das pessoas, grupos e instituições a partir da ideia do pertencimento<sup>(55)</sup>.

Na perspectiva dos estudos culturais, o conceito de identidade (individual e coletiva) é construído em relação à diferença, sendo, portanto, um construto relacional, ou seja, necessita

de outras identidades. Tanto a identidade quanto a diferença são concebidas como produções históricas e socioculturais, o que se contrapõe à ideia essencialista de identidade. <sup>(56)</sup>

Pesquisas recentes nesse campo propõem a formulação de três dimensões conceituais para compreensão do termo: a dimensão cognitiva (socialização e integração de saberes), a dimensão pragmática (prática compartilhada ou em colaboração) e a dimensão subjetiva (que envolve os afetos e as subjetividades), destacando o trabalho interprofissional decorrente do fazer compartilhado<sup>(57,58)</sup>.

A interprofissionalidade, portanto, sustenta-se no trabalho da equipe; um trabalho interdisciplinar colaborativo confeccionado a partir de processos de negociação e integração referentes às tomadas de decisões para a solução de problemas dos usuários e atendimento das necessidades biopsicossociais das populações assistidas<sup>(58)</sup>. Preserva-se, nessa prática, a história e as diferenças de cada uma das profissões, todas consideradas partes legítimas para a construção de conhecimentos em saúde. Ancoradas na relação, essa proposta de trabalho em equipe focaliza o desenvolvimento de competências colaborativas, de planejamento participativo, exercício de diálogo, tolerância e negociação<sup>(59)</sup>.

No âmbito da saúde mental, Costa-Rosa (2013) sinaliza a existência de uma complexidade laboral, ressaltando que o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde ainda possui forte referência dos modelos capitalistas fragmentados que interferem significativamente na produção do cuidado.<sup>(26)</sup> O referido autor afirma que a interprofissionalidade nos CAPS precisa ser fortalecida na perspectiva de uma profunda integração da equipe e não na justaposição de saberes e práticas assistenciais individuais.

“Uma diferença importante dessa modalidade de relacionamento interprofissional em relação à modalidade taylorista diz respeito à possibilidade das trocas na discussão conjunta dos aspectos teóricos-técnicos e dos aspectos ideológicos em cada situação específica. A reunião de equipe é o espaço designado para isso. Desse modo é possível conseguir muito mais do que a simples justaposição no espaço e no tempo, das diferentes contribuições; é o que justifica a introdução do termo “integração em profundidade” (COSTA-ROSA, 2013. p. 152).<sup>(26)</sup>

Nesse contexto, três aspectos destacam-se em relação às reuniões de equipe de saúde mental: 1) caracteriza-se como um espaço de construção coletiva de saberes e práticas; 2) serve como palco de discussões e decisões sobre modos de trabalhar e relacionar-se e 3) constitui-se em um princípio da reforma psiquiátrica porque valoriza o coletivo, não só como um recurso terapêutico para os usuários, mas como uma proposta de organização democrática dos serviços<sup>(60)</sup>.



Dessa forma, as reuniões de equipe interprofissional dos CAPS, além de fortalecerem a construção de uma ‘equipe integração’, têm o potencial de corroborar com as políticas públicas de saúde mental e álcool, crack e outras drogas, na medida em que disputam por princípios democráticos e colaborativos e atualizam as diretrizes que norteiam as práticas de cuidado. De modo geral, esses princípios vão além das macropolíticas. Seu êxito passa pela dimensão micropolítica dos profissionais da saúde (arranjos cotidianos produzidos por eles na solução de problemas cotidianos) com suas identidades, seus modos de envolver-se e legitimar as diretrizes assistenciais em saúde mental no país<sup>(47,61)</sup>.

A interprofissionalidade, portanto, produz novas e distintas possibilidades de operar o campo de prática, o que significa dizer que ela se configura como uma estrutura aberta que implica a articulação em redes, o imprevisto, o improvisado, a criação e as singularidades.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Analisar as perspectivas clínicas de cuidado em saúde mental, redução de danos e o processo de trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Refletir sobre as políticas públicas de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil;
- Identificar a função da reunião de equipe no processo de trabalho e cuidado no CAPSad;
- Analisar como acontece o trabalho em equipe, suas facilidades e dificuldades;
- Compreender as perspectivas clínicas dos profissionais na construção dos planos de cuidado dos usuários do CAPSad.

## 5 MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa e retrospectiva. Isso porque os fenômenos em estudo envolvem processos complexos configuradores de produções subjetivas, singulares que compõem a realidade de uma prática profissional que focaliza a saúde mental. Segundo Minayo (2014), no âmbito das ciências sociais em saúde, a pesquisa qualitativa busca compreender a construção de uma realidade que se processa em uma dimensão não facilmente quantificável ou que a quantificação represente uma perda considerável de informações subjetivas úteis aos objetivos do estudo.<sup>(62)</sup> É também de caráter descritivo exploratório por se tratar de uma prática clínica relativamente recente (oficializada com a implantação da Política Nacional de Saúde Mental, em 2002, e de Atenção Integral ao Usuário de Álcool, Crack e outras Drogas de 2004) e que necessita de pesquisas que possibilitem maiores reflexões posteriores.

De forma a promover múltiplos e diversificados olhares sobre os fenômenos estudados, esta pesquisa constrói, na interação entre o referencial teórico e a revisão de literatura científica, um ensaio teórico sobre os modos de cuidados ofertados aos usuários de substâncias psicoativas e, sequencialmente, utiliza-se de múltiplos vértices de investigação – triangulação de pesquisa qualitativa – de forma a ampliar a compreensão da complexidade presente nas práticas de cuidados e no processo de trabalho que envolve sujeitos e instituição. Para Tuzzo e Braga (2016), a “triangulação” consiste na aplicação de multimétodos na pesquisa qualitativa, possibilitando tornar mais robusta a avaliação dos seus resultados (validação da pesquisa) e integrar diferentes perspectivas no fenômeno em estudo.<sup>(63)</sup> A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas localizado na cidade de Salvador-Bahia-Brasil.

**Quadro 1** - Triangulação metodológica para a construção da tese: invenções de cuidado – perspectivas clínicas e processos de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador/Bahia-Brasil, 2020

<b>TRIANGULAÇÃO</b>		
<b>OBJETIVO</b>	<b>DESENHO DO ESTUDO</b>	<b>PARTICIPANTES/FONTE DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES</b>
Refletir sobre as políticas de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil  ARTIGO 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa qualitativa</li> <li>• Ensaio-teórico <sup>(64)</sup></li> </ul>	Referencial teórico: reforma psiquiátrica brasileira e atenção psicossocial <sup>(13)</sup>  Literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas
Identificar a função da reunião de equipe no processo de trabalho e cuidado psicossocial do CAPSad  ARTIGO 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa qualitativa</li> <li>• Fonte documental e observação retrospectiva</li> <li>• Plano de análise – Referencial da análise de conteúdo e núcleo de sentido <sup>(65)</sup></li> </ul>	Cento e setenta e três (173) atas das reuniões de equipe realizadas entre 01/2013 a 08/2017
Analisar como ocorre o processo de trabalho em equipe multiprofissional no CAPSad  ARTIGO 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa qualitativa</li> <li>• Grupo focal e análise documental</li> <li>• Plano de análise – Referencial da análise de conteúdo e núcleo de sentido <sup>(65)</sup></li> </ul>	Oito profissionais (três de nível médio e três superior) que atuavam na assistência e dois técnicos administrativos;  Documentos: Plano Terapêutico Institucional (PTI)  Critério de inclusão: participação voluntária, trabalhar no CAPSad há mais de um ano, diversidade nos núcleos de formação e funções
Compreender as perspectivas clínicas dos profissionais do CAPSad na construção dos planos terapêuticos singulares  ARTIGO 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa qualitativa</li> <li>• Grupo focal</li> <li>• Plano de análise – Referencial do núcleo de sentido da Epistemologia Qualitativa em Saúde <sup>(66)</sup></li> </ul>	Oito profissionais (três de nível médio e cinco de nível superior) que atuavam na assistência  Critério de inclusão: participação voluntária, trabalhar no CAPSad há mais de um ano, diversidade nos núcleos de formação na assistência aos usuários
Relatar a experiência de realização da pesquisa de doutorado tendo como referência o percurso de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  ARTIGO 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa qualitativa</li> <li>• Relato de experiência autobiográfico <sup>(67)</sup></li> <li>• Narrativa norteada pela cartografia <sup>(67)</sup></li> </ul>	Experiência de trabalhar e pesquisar em um CAPSad

Fonte: Produzido pelo autor, 2020.

A primeira etapa do estudo resultou na elaboração de um ensaio teórico que reflete sobre as políticas de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil, debatendo os distintos modos de assistência em saúde dessa população. O ensaio teórico é uma modalidade de narrativa científica que pretende refletir sobre a formação social de maneira reflexiva e interpretativa. A sua construção demanda algum nível de originalidade e pode ser realizada a partir da argumentação, do recorte dado à análise, da abordagem epistemológica eleita e da versão analítica construída, na análise de um fenômeno. A argumentação discursiva deve estar evidenciada ao longo do texto, mas não tem o compromisso com a busca por uma verdade, pois pressupõe a análise de um objeto na sua condição dialética<sup>(64)</sup>.

A segunda etapa está configurada como uma análise documental de atas das reuniões de equipe multiprofissional. A análise documental é uma técnica de pesquisa que tem como fonte documentos diversos que são analisados em profundidade para que deles sejam extraídas informações e indicações relativas ao objeto de estudo<sup>(68)</sup>. Permite ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno que necessite de contextualização histórica e sociocultural<sup>(69)</sup>.

As atas elaboradas a partir das reuniões técnicas da equipe podem ser qualificadas como registros formais de encontros promovidos pelo serviço de saúde, visando repasse de informações e/ou deliberações sobre assuntos de interesse comum da instituição. Encaradas como potenciais documentos de valor técnico-jurídico, as atas têm a necessidade de consubstanciar em si como um fiel registro do que ocorreu na reunião, sendo compreendida como um lugar de memória. Entretanto, sua escrita não é neutra, uma vez que ela foi criada para desempenhar uma função pré-determinada<sup>(70)</sup>.

De modo geral, existem muitas formas de sistematização das informações em uma ata. Em sua maioria, os conteúdos registrados limitam-se às decisões coletivas/institucionais e encaminhamentos. Entretanto, no CAPSad em estudo, esses documentos foram redigidos com a maior riqueza de detalhes e informações como trechos de falas dos trabalhadores e descrição das discussões e reflexões da equipe, o que possibilitou um maior aprofundamento e uma maior análise do seu conteúdo.

Depois de apresentado o anteprojeto na reunião de equipe do CAPSad e a obtenção da carta de anuência institucional (Apêndice 1), o processo de análise das atas teve início e se realizou a partir dos seguintes passos:

**Quadro 2** - Planejamento e execução da análise de documentos (atas) da pesquisa: invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia-Brasil, 2020

Etapas	Descrição metodológica	Observações
1º Momento	Obteve-se, com a instituição, cópias de todas as atas de reunião de equipe realizadas nos últimos cinco anos do início desta pesquisa	A maioria das atas foram redigidas por uma mesma assistente administrativa, preservando-se o mesmo estilo narrativo
2º Momento	Estabeleceu-se um processo de codificação através da numeração das atas por ano, obtendo-se um total de 212. Delas, 35 do ano 2012 foram excluídas por apresentarem muitas variações de informação, atas muito sintetizadas descrevendo apenas a realização da reunião e inconsistência de informações. Foi validado um total de 173 atas – de 2013 a 2017	
3º Momento	Leitura flutuante das atas e anotações sobre as impressões gerais das estruturas das reuniões a partir dos documentos: organização do tempo, coordenação, priorização de atividades desenvolvidas nas reuniões, principais assuntos discutidos, sequência narrativa	
4º Momento	Elaboração de planilha para anotação das unidades de registro	Planilha disponível no Apêndice 2
5º Momento	Leitura das atas (individual, por ano e em seu conjunto) com anotações das unidades de referência para composição dos grupos temáticos	Planilha disponível no Apêndice 2
6º Momento	Sistematização das informações em meio digital e contextualização dos temas/acontecimentos por ano	
7º Momento	Categorização geral das informações apresentadas nas atas (todos os anos) a partir da análise de conteúdo e identificação de núcleos de sentido, conforme proposto por Minayo (2014) <sup>(62)</sup>	Minayo (2014) <sup>(62)</sup> : análise de conteúdo e núcleo de sentido
8º Momento	Discussão e análise dos resultados	

Fonte: produzido pelo autor, 2020.

A análise das atas baseou-se na verificação das respostas para a questão de pesquisa apresentada na tese: qual a função da reunião de equipe no processo de trabalho e cuidado da equipe do CAPS ad? Foram realizadas leituras dos documentos produzidos no período de março de 2012 (inauguração do CAPS ad) a julho de 2017 (saída do pesquisador da instituição), inicialmente por ano e, em seguida, em seu conjunto, totalizando 212 atas, conforme especificação abaixo:

**Quadro 3** - Especificação e classificação das atas utilizadas na pesquisa – Invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia- Brasil, 2020

Ano	Quantidade de atas válidas	Numeração estabelecida	Observações
2012	35	01 a 35/2012	Primeiro ano de funcionamento da instituição Atas excluídas da análise documental
2013	27	01 a 27/2013	Aumento das demandas e início das supervisões clínico-institucionais
2014	27	01 a 27/2014	Copa do mundo – intensificação de ações da Prefeitura/Estado no território do centro histórico
2015	39	01 a 39/2015	Mudança de coordenação geral do CAPSad Fechamento do Ponto de Encontro (serviço socioassistencial voltado à população em situação de rua localizado no centro histórico) Aumento de demandas no CAPSad
2016	45	01 a 45/2016	Ausência de supervisão clínico-institucional sistematizada e encontro com Marcus Matranga
2017	35	01 a 35/2017	Proposta de revisão/atualização do Projeto Terapêutico Institucional

Fonte: produzido pelo autor, 2020.

Embora o CAPSad tenha sido inaugurado em 2012, optou-se por selecionar um conjunto de 173 atas dos últimos cinco anos de funcionamento da instituição (janeiro 2013 a julho de 2017). Como as atas foram transcritas em sistema de rodízio dos técnicos, no ano 2012, observamos muitas variações no estilo de escrita dos registros, assim como inconsistência de informações. A partir de 2013 até 2017, os documentos passaram a ser transcritos por uma secretária responsável por essa função.

A escolha do período também ocorreu porque o pesquisador atuou como coordenador técnico-pedagógico do CAPSad, no período de 2012 a 2017. Na pesquisa qualitativa, a presença do pesquisador no contexto em estudo e sua relação de intersubjetividade com os grupos estudados é parte fundamental do processo da pesquisa. A observação retrospectiva pode ser utilizada como banco de dados, equivalendo-se retrospectivamente a uma pesquisa parti-

cipante, o que demanda permanente reflexividade, ou seja, atenção sobre os acontecimentos e efeitos desse no contexto empírico<sup>(65,71)</sup>.

A partir de uma leitura exaustiva, foram escolhidas *unidades de registro* (identificação de temas gerais relevantes para elaborar conclusões sobre a questão pesquisada) – conforme apresentado no Apêndice 2. Em nosso estudo, quatro temas relevantes foram identificados. Os temas indicavam o modo de organização, funcionamento e objetivos na reunião de equipe desse CAPSad para o desenvolvimento do trabalho assistencial, a saber: informação/comunicação; reflexões/expressões sobre o processo de trabalho e cuidado; suporte ao trabalhador; educação e qualificação profissional (Quadro 4).

**Quadro 4** - Temas relevantes para a construção das categorias da pesquisa – Invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia- Brasil, 2020

N	Tema geral /categorias	Descrição
01	Informe/comunicação	Nesta categoria, foram incluídas como unidades de registros, os relatos de informar documentais que compõem o repasse de informações, como leitura e compartilhamento de ofícios, atas, convites e documentos institucionais, orientações sobre demandas administrativas
02	Processo de trabalho e cuidado	Nesta unidade de registro, foram sistematizados os temas que circunscreveram o processo de trabalho e cuidado da equipe do CAPSad como acolhimento, agenda, organização do serviço, planos terapêuticos, trabalho de campo e interinstitucional, trabalho em equipe, discussões clínico-institucionais, políticas públicas e oferta de serviços.
03	Suporte ao trabalhador	Aqui estão incluídos temas que se relacionam ao sofrimento da equipe na produção de cuidado aos usuários assistidos pelo CAPS ad. Inclui as temáticas da sobrecarga laboral, o adoecimento físico e emocional dos trabalhadores, os conflitos entre usuários e técnicos e entre os próprios técnicos e as situações de violência e tensão vivenciadas no contexto do CAPSad
04	Educação e qualificação profissional	Nesta categoria os temas incluídos foram os que circunscrevem o aperfeiçoamento do trabalho da equipe. Foram destacadas aqui reflexões e aprendizagens da equipe sobre o próprio processo de trabalho e cuidado e as estratégias utilizadas para a sua qualificação.

Fonte: produzido pelo autor, 2020.

A relevância de um tema para se construir categorias e realizar uma análise de conteúdo é sempre uma articulação imbricada entre os objetivos da pesquisa, os fundamentos teóricos adotados, a experiência do pesquisador e as suas vivências no contexto do estudo<sup>(72)</sup>. Com base nisso, foram elaboradas as quatro categorias específicas, sendo determinado pelos auto-



res o conjunto de informações extraídos das atas para exemplificar as categorias construídas ao longo do Artigo 2. Os trechos transcritos no artigo foram enumerados conforme especificado no Quadro 3 e, para preservar o sigilo dos profissionais citados, foram utilizadas letras do alfabeto (em negrito) no corpo do texto.

Neste trabalho, entretanto, a construção das categorias teve uma divisão de natureza didática uma vez que, partindo do referencial teórico adotado, determinados elementos poderiam ser contemplados em mais de uma categoria. O acolhimento, a atenção à crise e o cuidado em rede, por exemplo, podem ser pensados em múltiplas perspectivas, tanto no âmbito dos processos de trabalho quanto na perspectiva clínica ou mesmo como processo de educação permanente em saúde. Para Merhy (2013), na saúde, o trabalho é dinâmico, vivo e acontece em ato.<sup>(73)</sup> O processo de trabalho e a clínica são dimensões intimamente relacionados, distinguem-se, mas não se separam no cotidiano das instituições de saúde.

Assim, o produto do plano de análise foi um fluxo de construção de sentido, uma análise singular e aproximada da realidade pesquisada. Em ciências sociais em saúde, as afirmações podem superar as conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras. Trata-se, portanto, de versões provisórias dos acontecimentos<sup>(72)</sup>.

Embora as atas constituam-se como o principal instrumento de comunicação e memória da CAPS, outros veículos de comunicação e registros, como e-mails, redes sociais e relatórios mensais, eram utilizados para discussão de processo de trabalho e decisões clínicas. As reuniões de equipe concentravam a participação de todos os trabalhadores e muitos diálogos eram realizadas por e-mails, relatórios e redes sociais (WhatsApp), sendo, posteriormente, comunicados/validados nos encontros ampliados. Destaca-se também a existência de outros espaços de reuniões em pequenos grupos de trabalhadores, estudantes de graduação e pós-graduação, reunião de núcleos profissionais, encontros de assembleia com usuários e familiares, assim como reuniões intersetoriais que, embora citados/sintetizados nas reuniões, não foram registrados extensivamente nas atas analisadas.

Na terceira etapa do estudo, foram realizados dois encontros presenciais de, aproximadamente, 90 minutos cada, com os trabalhadores do serviço que desejaram, voluntariamente, participar da pesquisa. As técnicas utilizadas para a produção de dados foram a análise de documentos institucionais (Projeto Terapêutico Institucional – PTI) e a realização de dois grupos focais. Em cada uma dessas abordagens foram elaborados roteiros para orientar a realização do trabalho, conforme modelo de Kinalski e colaboradores (2017).<sup>(74)</sup>

A escolha desse CAPSad ocorreu pela disponibilidade de acesso do pesquisador ao centro e pela sua atuação como coordenador técnico-pedagógico nos anos de 2012 a 2017.

Na pesquisa qualitativa, a presença do pesquisador no contexto em estudo e sua relação de intersubjetividade com os grupos investigados é parte essencial do processo da pesquisa, demandando permanente reflexividade sobre os acontecimentos e seus efeitos no contexto empírico, perspectiva que valoriza a produção científica e fortalece a práxis profissional<sup>(65,75)</sup>.

A técnica de grupo focal utilizada na coleta de narrativas, consiste em reunir pequenos grupos de pessoas para avaliar, discutir e identificar ideias, conceitos, sentimentos, percepções e atitudes dos participantes sobre determinados temas. A partir da expressão, os participantes podem fazer associações favorecendo a diversidade e profundidade de respostas, conforme planejamento do grupo focal em pesquisa qualitativa adaptado de Kinalski et al. (2017)<sup>(74)</sup> e descritos no Quadro 5:

**Quadro 5** - Planejamento e execução das sessões de grupo focal da pesquisa: invenções de cuidado: perspectivas clínicas e processo de trabalho em saúde mental e redução de danos, Salvador-Bahia- Brasil, 2020

	<b>Sessões de Grupo Focal</b>	
	<b>1º [19/02/2019] Tempo de gravação 105´</b>	<b>2º [12/03/2019] Tempo de gravação 99´</b>
<b>Abertura da sessão</b>	Recepção, agradecimento pela participação, apresentação dos pesquisadores e objetivos da pesquisa	Recepção, agradecimento pela participação, exposição dos objetivos da pesquisa com contextualização e síntese do encontro anterior
<b>Apresentação dos participantes entre si</b>	Embora os participantes já se conhecessem, foi solicitado que se apresentassem indicando suas funções para o grupo e escolhessem um pseudônimo para o momento de gravação	Foi solicitado que se apresentassem indicando suas funções para o grupo e escolhessem um pseudônimo para o momento de gravação
<b>Esclarecimento da dinâmica e discussão participativa</b>	Informações acerca do desenvolvimento da sessão de grupo focal	
<b>Estabelecimento do setting</b>	Na primeira sessão, foram acordados aspectos relacionados à logística e à dinâmica das sessões, pontualidade, horário de término, conversas paralelas, uso de equipamentos eletrônicos. Destacou-se o compromisso dos participantes e da equipe de coordenação com o caráter confidencial da pesquisa. Por fim, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
<b>Perguntas disparadoras e debate</b>	1.Como acontece o trabalho em equipe nesse CAPS ad?  2.Quais as facilidades e dificuldades de trabalhar em equipe nesse CAPSad?	1.O que vocês compreendem como clínica nesse CAPSad?  2.Como vocês elaboram os planos terapêuticos dos usuários assistidos no CAPSad?
<b>Síntese</b>	Síntese das ideias centrais da discussão participativa – validação	
<b>Encerramento da sessão</b>	Agradecimento pela participação, combinações para a próxima sessão.	

Fonte: produzido pelo autor, 2020.

O primeiro grupo focal foi composto por oito trabalhadores do CAPSad distribuídos em funções administrativas e assistenciais: três redutores de danos, três profissionais de nível superior e dois técnicos administrativos. O segundo grupo foi composto também por oito trabalhadores que atuavam na assistência e eram responsáveis pela construção dos planos terapêuticos dos usuários: redutores de danos, enfermeiro, assistente social, psicólogos e médico. Para inclusão no estudo, utilizou-se como critérios gerais em ambos os grupos: a participação voluntária, trabalhar no CAPSad há mais de um ano, diversidade nos núcleos de formação e funções e a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Assim, foram realizadas as sessões de grupo focal com duração aproximada de 90 minutos cada, em sala reservada na sede do próprio CAPSad, garantindo-se condições adequadas de conversação e sigilo dos participantes <sup>(76)</sup>.

Os grupos focais foram conduzidos pelos autores que se distribuíram entre uma moderadora (orientadora da pesquisa) e um observador (pesquisador). Na realização do primeiro grupo, o pesquisador (observador) teve uma participação mais interativa com os participantes. Contudo, observou-se que o conteúdo das falas se distanciava com frequência do foco da pesquisa. Depois da avaliação, optou-se pela não participação do pesquisador no segundo grupo. Essa opção fundamentou-se no cuidado para minimizar possíveis induções (conscientes e/ou inconscientes) na condução do estudo <sup>(65)</sup>, uma vez que o pesquisador-observador já havia trabalhado com o grupo de participantes na função de gestor. No segundo grupo focal, apenas a orientadora (mediadora) interagiu com o grupo de trabalhadores.

Depois dos esclarecimentos sobre a finalidade de cada encontro e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitou-se permissão para gravação em dois equipamentos distintos. Houve garantia de anonimato da entrevista e sigilo da autoria das respostas.

O roteiro usado na sessão foi composto por duas perguntas disparadoras em cada encontro. Primeiro encontro: “como acontece o trabalho em equipe nesse CAPSad?” e “quais as facilidades e dificuldades de trabalhar em equipe nesse CAPSad?”. No segundo encontro, perguntou-se: “o que vocês compreendem como clínica nesse CAPSad?” e “como vocês elaboram os planos terapêuticos dos usuários assistidos nesse CAPSad?”.

As gravações com os relatos do grupo foram transcritas e reconferidas com a audiogravação. O conteúdo das narrativas dos trabalhadores nos dois grupos focais gerou um arquivo com o total de 204 minutos de gravação (105 minutos no primeiro grupo focal e 99 minutos no segundo), totalizando 38 páginas com 19.676 palavras.

Finalmente, a última etapa constituiu-se em um relato de experiência autobiográfico. A descrição da experiência do autor – narrada em primeira pessoa do singular – descreve a trajetória do desenvolvimento desta pesquisa de doutorado, realizada nos anos 2018 a 2020, considerando o seu percurso de trabalho como profissional do CAPSad, no período de 2012 a 2017.

O relato de experiência afirma-se como uma narrativa científica, que envolve processos complexos configuradores de produções subjetivas que performatiza, através da linguagem, a experiência singular, que, legitimado pela sua prática, descreve e analisa, acontecimentos e temporalidades. Trata-se de uma narrativa de pesquisa qualitativa contemporânea, construída a partir da concatenação, memória e elaboração daquilo que, ao acontecer, comove o autor, “invocando suas competências reflexivas e associativas, bem como suas crenças e posições de sujeito no mundo” (Daltro; Farias, 2019, p. 3)<sup>(67)</sup>. Ele se realiza como trabalho de linguagem colocando em evidência a práxis, a construção de saberes referentes à experiência em si, mas também, coloca-se como ferramenta político-social de compreensão da diversidade própria da ciência contemporânea<sup>(67)</sup>. Assim, mostra-se um método de análise potente para a compreensão das perspectivas singulares do trabalho e da pesquisa em saúde mental e redução de danos no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.

### **5.1 Aspectos éticos**

Foi observada a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde<sup>(77)</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública, sob o parecer nº 2.809.812; CAAE 90497418.0000.5544 (Anexo 1). A pesquisa teve autorização institucional via carta de anuência (Apêndice 1). Foram incluídos somente aqueles que concordaram, voluntariamente, em participar do estudo, depois de conhecerem os seus objetivos e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 3). Foi garantido o sigilo das informações e a privacidade na coleta de dados. As entrevistas e os grupos focais foram realizados em uma sala privativa, na sede do próprio CAPSad, com reserva acústica e iluminação adequada, em data de melhor conveniência para os participantes. As transcrições das entrevistas individuais e grupais ficarão sob a responsabilidade do pesquisador, em seu domicílio e em armário com chave, por um período de cinco anos. Finalizado esse prazo, os documentos serão destruídos, de forma a não permitir a quebra do sigilo das informações nele contidas.

## 5.2 Riscos

Existia a possibilidade de que o sujeito da pesquisa pudesse sentir algum tipo de desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica e, nesse caso, o grupo focal seria imediatamente interrompidos. Caso os participantes da pesquisa necessitassem, poderiam ser atendidos(as) pelos próprios pesquisadores (doutorando e orientadora) nas dependências de seus consultórios particulares para acolhimento e encaminhamento especializado. Havendo algum dano, comprovadamente decorrente das entrevistas ou do grupo focal, os pesquisadores comprometeram-se a indenizar os participantes.

## 5.3 Benefícios

Os pesquisadores comprometeram-se a fornecer uma devolutiva individual e/ou coletiva a todos os participantes que demonstrassem interesse em conhecer os resultados produzidos. A devolutiva contemplará apresentação de resultados, orientação e encaminhamentos, caso necessário.

Institucionalmente, espera-se compor a descrição de um quadro de práticas que sirva de referência às futuras intervenções, assim como desenvolver projetos de cuidado e promoção à saúde dos profissionais envolvidos no CAPS, de forma geral.

## 5.4 Plano de Análise

A análise dos documentos (atas e PTI) e das transcrições do grupo focal 1 foi realizada na perspectiva da análise de conteúdo e produção de sentido proposta por Minayo (2014), para o contexto das ciências sociais em saúde.<sup>(65)</sup> Para a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas elaboradas, frequentemente utilizadas no campo da observação, e constitui-se como meio para estudar as comunicações entre os homens, enfatizando o conteúdo e os sentidos das mensagens por eles emitidas.

O trabalho de pesquisa, por meio da análise de conteúdo, foi construído das seguintes etapas, nos Artigos 2 e 3.

a) **Pré-análise:** organização do material e constituição do corpus de análise. Utilização das atas das reuniões de equipe para construção do Artigo 2 e as transcrição dos grupos focais para formulação do Artigo 3. Para a escrita do Artigo 2 foi explorado o objetivo específico da tese em identificar a função da reunião de equipe no processo de trabalho e cuidado no

CAPSad e, para o Artigo 3, utilizou-se o objetivo específico da tese de analisar como acontece o trabalho em equipe multiprofissional, suas facilidades e dificuldades.

b) **Exploração do material:** estudo aprofundado, orientado pela pergunta de pesquisa articulada com a experiência do pesquisador e pelas referências teóricas; escolha das unidades de registro e formulação das categorizações e dos núcleos de sentido, conforme apresentado nos Quadros 2, 3 e 4 para o Artigo 2 e Quadros 5 e 6 para o Artigo 3.

c) **Tratamento dos resultados:** interpretação e reflexão tendo como referencial a reforma psiquiátrica brasileira, as políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, assim como autores do campo da saúde coletiva e das ciências sociais.

Já no Artigo 4, o método foi orientado pelos pressupostos construtivos-interpretativos da epistemologia qualitativa de Gonzalez Rey (2002)<sup>(66)</sup>. Trata-se de uma proposta teórico-metodológica que apresenta como princípios a valorização do processo histórico-cultural de construção e interpretação das informações, o reconhecimento da singularidade na produção do conhecimento e a comunicação e o diálogo como processos permanentes no desenvolvimento do estudo científico.

A construção dos indicadores foi realizada por meio da leitura minuciosa do material transcrito do grupo focal 2, identificando-se palavras e trechos de falas e informações que respondiam às perguntas disparadas, descritas no Quadro 5. Essas perguntas foram formuladas para responder um dos objetivos específicos da tese: compreender as perspectivas clínicas no modo de construção dos planos terapêuticos singulares da equipe do CAPSad.

Os indicadores são construções produzidas com finalidade explicativa que dão sentido às narrativas, propiciando o desenvolvimento de hipóteses que articulam os objetivos da pesquisa, as ideias do pesquisador e as manifestações do estudado, ou seja, eles possibilitam a síntese entre o empírico, o teórico e o observado<sup>(78)</sup>.

Posteriormente, foi formado um núcleo de sentido construído a partir da sistematização dos indicadores, cuja articulação obedeceu aos critérios de similaridade, complementaridade e/ou contraposições entre eles<sup>(66)</sup>. Nessa fase, buscou-se os sentidos que esses profissionais atribuíram às concepções de clínica e aos planos terapêuticos desenvolvidos no CAPSad, conforme apresentado no Quadro 7. Essa sistematização, articulada aos princípios teóricos conceituais da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, permitiu o aprofundamento das informações e seus desdobramentos.

A mudança do referencial analítico, no quarto artigo (Artigo 4), está relacionada ao desenvolvimento da pesquisa e do pesquisador no processo de construção da tese. Para Gonzalez Rey (2002), o significado investigativo ocorre por meio de uma produção humana que

deve estar aberta a novas informações que a realidade proporciona.<sup>(66)</sup> Nesse sentido, o autor afirma que a pesquisa qualitativa é viva e avança por caminhos individuais que caracterizam a manifestação dos diferentes sujeitos estudados e incorpora novas informações sobre o estudado a amplos sistemas de interações que adquirem sentido por meio das construções do pesquisador<sup>(78)</sup>.

As pesquisas qualitativas não atendem a um foco central, definido em forma de hipóteses, mas seguem as necessidades e demandas que se criam no processo de conhecimento e levam a construções teóricas cada vez mais abrangentes para construir interações e configurações do assunto estudado, muito além de qualquer evidência empírica suscetível de ser registrada em forma de dados (GONZALES REY, 2002. p. 111)<sup>(78)</sup>.

No último artigo, a construção narrativa do relato de experiência foi inspirada pela cartografia, um método investigativo em que sujeito e objeto estão imbricados na mesma experiência e a pesquisa tem caráter de intervenção produzindo conhecimento<sup>(78)</sup>. No âmbito da pesquisa em ciências sociais e saúde, a cartografia tem crescido consideravelmente, porque possibilita uma diversidade de análises em contextos que envolvam investigação de fenômenos complexos ou o objetivo analítico seja acompanhar o desenvolvimentos e/ou os processos<sup>(79)</sup>.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A atenção em saúde mental e a diversidade de práticas envolvida nesta pesquisa demandou a construção de quatro artigos distintos, que, embora complementares, diferenciaram-se em objetivos, participantes e perspectivas metodológicas de forma a circunscrever o objetivo geral proposto.

O primeiro artigo, um ensaio teórico denominado **Políticas de cuidado e morte aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil: proibicionismo, cura divina e redução de danos**<sup>2</sup> discute como estão engendrados os tensionamentos críticos entre a justiça, a saúde, a religião e o enfrentamento democrático do (des)cuidado ao usuário de substâncias psicoativas em um Brasil, cujas políticas públicas conservadoras de extrema direita espalham discursos de privilégios, xenofobia, racismo, estratificação de pessoas, ampliando assim, as desigualdades sociais.

O segundo artigo, **A reunião de equipe em contexto da saúde mental – território-ponte entre cuidados e descuidos**, teve como objetivo refletir sobre o funcionamento e a organização das reuniões multiprofissionais no processo de cuidado psicossocial. Caracteriza-se como pesquisa qualitativa, exploratória e documental. Como resultados, destaca-se o espaço da reunião como território de vida, disputas, colaboração, aprendizagem e produção social. Na leitura e análise das atas, foram identificados quatro núcleos de sentido: reunião de equipe como território estratégico de informação e comunicação; reunião de equipe como território de expressão da diversidade nos modos de trabalhar e cuidar; reunião de equipe como território de apoio ao desconforto na produção de cuidado e reunião de equipe como território de educação permanente em saúde de mental e redução de danos<sup>3</sup>.

O terceiro artigo, **‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental**, discute e analisa o trabalho em equipe no CAPSad como território de constituição de identidades coletivas que podem dar suporte a um fazer clínico interprofissional sintônico às demandas da reforma psiquiátrica brasileira. Caracteriza-se como pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa.

<sup>2</sup> Artigo aceito para publicação como capítulo de livro. Encaminhado para publicação em 2020 (Anexo).

<sup>3</sup> Em 2019, resultados preliminares deste artigo foram apresentados e publicados nos E-books: Abstract e Proceedings do V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde – Lisboa/Portugal sob o título: Reunião de equipe em contexto de saúde mental ISBN: 978-989-8859-73-0 e ISBN: 478-989-8859-74-7 respectivamente (Anexos 4, 5 e 6) e como capítulo de livro no World Mental Health Congress em Buenos Aires/Argentina sob o título: Reunião de equipe interprofissional em contexto de saúde mental: território de constituição identitária ISBN: 978-987-45937-4-0 (Anexos 2 e 3).



Os temas que possibilitaram a construção de núcleos de sentidos (NS) emergentes nesse material foram obtidos mediante a apreensão das categorias e dos significados resultantes da interação e correlações entre as narrativas produzidas e analisadas, conforme sua pertinência em relação aos objetivos da pesquisa.

**Quadro 6** - Núcleos de sentidos elaborados a partir das unidades de significação/categorias com referencial analítico de Minayo (2014)<sup>(65)</sup>

GRUPO FOCAL I – ARTIGO 3	
Unidades de registro/categoria	Núcleo de sentido (NS)
1-União dos trabalhadores, força da equipe, coesão do grupo, integração, apoio mútuo na diversidade, colaboração 2-Formação da equipe, construção da equipe, montagem da equipe 3.Identidade na diversidade	NS-01 Os embaraços da coesão grupal – o olhar para dentro
1.Dinamismo, flexibilidade, versatilidade, pro-atividade 2.Presença, vínculo, agenciador de relações, tensionador social 3.Descrontrução da profissão/equipe, conflitos, novas lógicas, novos fazeres, disputas, desconfortos	NS-02 Corpos curingas do cuidado – os furos do instituído
1-Percepção das demandas psicossociais complexas, aumento de tensão diante da impotência da equipe, insuficiências da equipe. 2.Reconhecimento da rede intersetorial, busca da rede assistencial, identificação de fragilidades da equipe e rede assistencial	NS-03 Insuficiências da equipe para o cuidado integral (o olhar para fora)

Fonte: Produzido pelo autor, 2020

Como resultados, foram identificadas três categorias analíticas que circunscreveram a identidade coletiva dos trabalhadores: os embaraços da coesão grupal, os corpos-coringas do cuidado e as insuficiências da equipe para o cuidado integral. Embora a práxis nesse contexto esteja marcada pela lógica da interprofissionalidade, o modo interprofissional não está pronto e acabado, ele se constrói como um exercício no cotidiano assistencial<sup>4</sup>.

O quarto artigo, **No ‘chão do CAPS’: uma clínica de báscula, resistências e produção de vida**, reflete sobre as concepções da clínica exercida pelos trabalhadores do CAPSad na construção dos planos de cuidado adotados na assistência às pessoas acolhidas no

<sup>4</sup> Artigo submetido integralmente à Revista Saúde em Debate ISSN 0103-1104, sob número 3.344, aguardando parecer.

serviço. Neste estudo, a busca pelas dimensões clínicas presentes na construção dos planos assistenciais aos usuários do CAPSad possibilitou a formulação de uma lógica clínica bascular, produzida *no chão* do CAPSad, que caracteriza esse arranjo clínico-institucional como meio para se viver a diversidade de modos de produção subjetiva.

Nesse texto, o processo de produção e análise de sentido seguiu os pressupostos da epistemologia qualitativa em saúde de Gonzalez Rey (2002)<sup>(78)</sup>, conforme apresentado no Quadro 7.

**Quadro 7** - Núcleo de sentido elaborado a partir das informações/indicadores com referencial analítico de Gonzalez-Rey (2002)<sup>(78)</sup>

GRUPO FOCAL 2 – ARTIGO 4	
Informações/Indicadores	Núcleo de sentido (NS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica tradicional x clínica ampliada com jogo de forças contraditórias / conflitos</li> <li>• Território de fluxos e intensidades entrelaçadas que tensionam o fazer clínico psicossocial</li> <li>• Clínica ambivalente/movente</li> </ul>	NS-01 Uma clínica bascular produzida no “chão do CAPS”

Fonte: produzido pelo autor, 2020.

O quinto e último artigo, **Experiências de trabalho, pesquisa e aprendizagem em um serviço de saúde mental: relato de um homem em tese** trata-se de um relato de experiência autobiográfica do autor. Escrita a partir da primeira pessoa do singular, foi norteada pela cartografia, permitindo experimentar as composições das ações de cuidado e (descuidos) e a construção de um conhecimento a respeito dos impasses e das descobertas presentes no trabalho e na pesquisa em saúde mental e redução de danos.

Em seu conjunto, os artigos apresentam uma perspectiva clínica de cuidados e descuidos realizada a partir de um processo de construção coletiva de uma equipe de saúde mental aos usuários de substâncias psicoativas. Ressaltam o CAPSad como um dispositivo de atenção psicossocial e produção de subjetividades como elementos estruturantes de uma práxis que demanda a compreensão da importância de exercitar a racionalidade proposta pela reforma permanente da disposição para mudanças.

## **6.1 ARTIGO 1 - Políticas de cuidado e morte aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil: proibicionismo, cura divina e redução de danos**

**Título: Políticas de cuidado e morte aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil: proibicionismo, cura divina e redução de danos**

**Autores: OLIVEIRA G; DALTRO MR**

### Resumo

Atualmente, as pesquisas sobre a utilização de SPAs lícitas e ilícitas no Brasil permitem identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento das questões psicossociais e de saúde relacionadas ao consumo de drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos, perspectivas essas que se organizam a partir das políticas públicas oriundas da justiça e da saúde. Este artigo tem como objetivo discutir sobre políticas de cuidado ao usuário de substâncias psicoativas no Brasil. Trata-se de um ensaio teórico reflexivo/interpretativo que articula o referencial teórico da reforma psiquiátrica à revisão de literatura científica de base socioantropológica. Discute como estão engendrados os tensionamentos críticos entre a justiça, a saúde, a religião e o enfrentamento democrático do (des)cuidado ao usuário de substâncias psicoativas em um Brasil, cujas políticas públicas conservadoras de extrema direita, espalham discursos de privilégios, xenofobia, racismo, estratificação de pessoas, ampliando assim, as desigualdades sociais.

**Palavras-chave:** Redução de danos. Políticas de saúde. Saúde mental. Abuso de drogas.

### **Políticas de cuidado e morte aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil: proibicionismo, cura divina e redução de danos**

O cuidado em saúde é um campo de saberes e práticas fortemente influenciados pelas tecnologias duras e que, em sua racionalidade positivista, consolida uma ciência que opera com a restrição da autonomia das pessoas (CAMPOS, 2011). Essa crença, herdada do Iluminismo sobre o poder irrestrito da razão, a negação do conhecimento de si mesmo e verticalização do cuidado, tem fundamentado toda a lógica da formação e do trabalho em saúde. Consolida-se como uma narrativa colonial hegemônica, uma forma branca, masculina e universalizante de compreender a saúde, a doença e os modos de cuidar e sucumbir.

A ideia de colonização sustenta a premissa da existência de uma humanidade esclarecida e racional que compreende o jeito certo de viver, justificando sua existência e os seus

modos de operar e violar (KRENAK, 2019). Assim, sistemas de saúde de diversos países organizam-se alimentados por um regime político que há anos determina biopoliticamente quais corpos merecem viver, sucumbir aos riscos da violência, dos vírus indesejáveis, da loucura construída e quais modalidades de cuidado devem ser aplicadas.

De acordo com Mbembe (2018), se algo persiste no pensamento contemporâneo e no imaginário político europeu é a ideia de que a colônia é onde a soberania se fundamenta no exercício de um poder à margem da lei. As colônias são zonas que demandam controle para garantia da ordem, são ocupadas por selvagens, seres quase humanos que devem ser domados em suas paixões e desejos. Ao colonizador, cabe o desafio de instituir o Estado, personificando um modelo de unidade política, uma organização racional, que encarna uma ideia de universalidade e um símbolo de moralidade, com poder e direito de matar (MBEMBE, 2018). Promove, assim, o que Krenak (2019) chamou de tipos humanos zumbis: pessoas privadas de um sentido próprio ou ancestral de viver, convocadas a circular pelo mundo sem desfrutar a fruição da vida, a não tolerar tanto prazer.

No âmbito do uso de substâncias psicoativas (SPAs), testemunhamos, nos grandes centros urbanos e no cotidiano de pequenas cidades, um aumento desses tipos humanos a quem o Estado desampara, exclui, acusa de transgressores e os territorializa como quase-humanos. O uso de SPAs acompanha a história da humanidade e a racionalidade colonial circunscreve esse uso a partir de múltiplas leituras que variam a cada nova relação sujeito-ambiente-substância (ALMEIDA, et al., 2004).

As SPAs não são dotadas apenas de propriedades farmacológicas classificadas como depressoras, perturbadoras e estimuladoras do sistema nervoso. Suas existências e usos, pós-colonial, envolvem questões complexas de liberdade, cultura, disciplina, sofrimentos, cura, prazeres, transcendência, conhecimentos, sociabilidades, crimes, moralidades, violências e comércios (BECKER, 2011).

Os estudos socioantropológicos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas por diversos povos demonstram uma alteração significativa no padrão de seu consumo nos tempos contemporâneos em relação àqueles até o início do século XX. Passou-se de uma utilização prioritariamente ritualística atrelada, muitas vezes, a uma estrutura de conhecimento e prática religiosa/espiritual, esporádica e restrita a pequenos grupos, ao uso indiscriminado, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracterizando um modo de vida típico das sociedades de consumo atuais (ESPINHEIRA, 2004; MACRAE, 2007).

A apropriação dos cuidados aos usuários das SPAs tem sido feita a partir de diferentes campos de conhecimento, a saber: o científico, o jurídico, o psicológico, o religioso. O co-

hecimento científico (sobretudo pelo saber psiquiátrico) funda uma cisão com o conhecimento religioso/espiritual e engendra um conjunto de medidas de controle e repressão do Estado sobre a vida e as experiências das pessoas, principalmente de populações vulnerabilizadas. Acompanhando a trajetória de controle associada ao conhecimento científico, tais medidas foram sequencialmente pautadas pelo conhecimento jurídico, pela criminalização daqueles que consumiam, comercializavam e fabricavam substâncias vetadas, classificadas pelo Estado como drogas ilícitas (KARAN, 2013).

Atualmente, as pesquisas sobre a utilização de SPAs lícitas e ilícitas no Brasil permitem identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento das questões psicossociais e de saúde relacionadas ao consumo de drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos, perspectivas que se organizam a partir das políticas públicas oriundas da justiça e da saúde. Mas observa-se também o crescimento dos discursos religiosos como suporte de assistência a essa população. Neste artigo, discute-se a proximidade com o campo de conhecimento religioso, especialmente aqueles ligados aos discursos neopentecostais, que assumem, na atualidade, um engendramento significativo com os discursos de base proibicionista.

Enquanto as políticas de base proibicionista concentram esforços na redução e/ou controle da oferta e da demanda de SPAs, com repressão e criminalização da produção, do comércio, porte e consumo de drogas ilícitas; as políticas e propostas de redução de danos pautam intervenções orientadas para a minimização dos riscos e danos econômicos, psicossociais e à saúde, relacionados ao consumo de álcool e outras drogas (TAMMI; HURME, 2007; WODAK, 2009).

A proposta proibicionista está relacionada a dois modelos explicativos para a questão do consumo de SPAs: o moral/criminal e o patológico. Na primeira perspectiva, o consumo de drogas configura-se como uma prática delituosa, cujo enfrentamento consiste na detenção das pessoas que cometeram um crime. O modelo patológico concebe o uso nocivo e a dependência como um problema de saúde biologicamente determinado, devendo ser combatido com tratamento e reabilitação (ALVES, 2009; ANDRADE, 2011).

Ambos os modelos, embora apresentem divergências de intervenção, propõem a eliminação do consumo de drogas – tanto pela restrição de liberdade quanto pelo tratamento, como também, a compreensão de que o sujeito não é autor das suas escolhas. Tais perspectivas de intolerância às drogas objetivam a redução da demanda e o tratamento admite a abstinência como única meta viável (ALVES, 2009).

O modelo de cuidado em saúde aos usuários de SPAs baseado unicamente na abstinência, limita-se, entre outras questões, pelo fato de representar uma barreira ao acesso às instituições públicas de saúde para aquelas pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas. A alta exigência em torno da abstinência implica, em muitas situações, censuras e constrangimentos aos episódios de recaída ou reincidência, tornando os centros de saúde em espaços pouco acolhedores às populações de usuários de SPAs, frequentemente estigmatizados pela sociedade (ALVES, 2009). Dessa forma, reafirmam a ideia da existência de quase-humanos que insistem em dançar coreografias estranhas à dança da civilização (KRENAK, 2019).

O modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, construído com base na racionalidade proibicionista, caracteriza-se, então, por uma relação autocrática das intervenções. Embora, na atualidade, existam em diversos países movimentos considerados progressistas para descriminalização e regulamentação de algumas substâncias psicoativas ilícitas, a criminalização dos usuários ainda repercute na garantia de direitos sociais e de cidadania, entre os quais o de livre acesso aos serviços de saúde e ao tratamento e mesmo o de fazer uso dessas substâncias em condições não prejudiciais ao indivíduo e à sociedade (JIMENEZ, 2016).

O proibicionismo encontra ancoramento no capitalismo/colonialismo, através de processos de coconstituição com o Estado moderno, que impõe violências de natureza física e simbólicas, especialmente contra populações vulnerabilizadas, não brancas. Violências foram e são legitimadas em nome da ordem, do higienismo, da ilusória construção de unicidade étnica, social, linguística e cultural (MELO, 2019). Esse modelo descuida das dimensões singulares de existir e padecer; opera a partir de ideais liberais, adaptativas e conservadoras que se voltam a privilegiar setores e grupos de poder, verdades e exclusões produzidas.

A hegemonia do discurso político proibicionista em relação às drogas não impediu, contudo, a emergência de um enfoque político alternativo, que, embora enfraquecido, insiste e persiste. Situada a partir dos territórios existenciais dos usuários, a proposta de redução de danos volta-se à ideia de integralidade, organiza-se como um serviço em rede, oferece ações interdisciplinares, interprofissionais e intersetoriais. Propõe uma mudança do paradigma manicomial para o modelo de atenção psicossocial sustentada em diferentes racionalidades para definir os caminhos do cuidado (FARIA; SCHNEIDER, 2019). Além disso, possibilita que o usuário participe ativamente no modo de ser cuidado.

O consumo de drogas, conforme essa linha de pensamento, não pode ser extinto da sociedade. No entanto, é possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados,

tanto para os usuários quanto para a coletividade. Esse enfoque tem sido apontado como expressivo eixo humanitário por conferir maior plasticidade racional ao enfrentamento da questão das drogas, propiciando, por exemplo, compreender o consumo abusivo de drogas como um problema de saúde pública (ALMEIDA et al., 2004).

Os princípios e as práticas da redução de danos, portanto, fundamentam-se na compreensão de que o uso de SPAs é parte constitutiva da história humana e, assim, a ideia de uma sociedade sem drogas não faz sentido. Considera a existência de diferentes narrativas sobre a forma de existir e acentua que a experiência não é só cultural, inclui subjetividades que não aceitam a ideia de que somos todos iguais (KRENAK, 2019).

Para além de uma proposta de cuidado em saúde coletiva, a construção de políticas públicas de saúde, nesse contexto, constitui-se como um laboratório de análise das narrativas dos sujeitos que fazem uso de SPAs, visto que as drogas são objetos culturais e científicos e que necessitam de maior compreensão e reflexão nos espaços sociais e políticos (VALE et al., 2017).

Os receios em relação às propostas da redução de danos, nos anos iniciais de sua implantação, não foram confirmados ao longo do tempo. Contrariando as previsões de especialistas, evidenciou-se um aumento da demanda por acompanhamento assistido por programas de redução de danos e a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde (ANDRADE, 2011). Embora esse funcionamento, muitas vezes, se realize de forma precária, com equipes desfalçadas e sobrecarregadas ou mesmo vulneráveis às agendas das políticas de gestão municipais, estaduais e federais.

O cuidado em saúde orientado pela lógica da redução de danos é descrito como de "baixa exigência", por não exigir dos usuários uma interrupção do consumo de SPAs como um pré-requisito para o acompanhamento (BEEK, 2009). Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta de prevenção e tratamento, ela concilia o estabelecimento de alternativas de cuidado. O foco dessa abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os riscos e danos psicossociais e à saúde, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo. A atenção desloca-se do conceito de saúde-doença a partir de diretrizes universalizantes e centra-se nas necessidades sociais de saúde do usuário, que será sensibilizado e apoiado na adoção de práticas de cuidado e autocuidado (ANDRADE, 2011).

O Brasil consta entre os países signatários das convenções internacionais para a repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, o que repercutiu na formulação de uma política nacional de drogas alinhada ao discurso proibicionista. A partir do ano 2000, as políticas públicas de drogas brasileiras, sistematizadas pelo Ministério da Justiça, têm-se apresentado

permeáveis ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção de usuários de álcool e outras drogas orientado por essa racionalidade (KARAM, 2013)

Entretanto, pesquisadores afirmam que a abordagem repressiva às drogas ilícitas tem implicações problemáticas à saúde coletiva como, por exemplo, a mortalidade por homicídios, os impactos sanitários da população restrita de liberdade e o bloqueio de acesso e desenvolvimento de novas terapias derivadas de substâncias psicoativas censuradas (GOMES-MEDEIROS et al., 2019).

Com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas, afirma-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir atenção especializada em saúde mental aos usuários de SPAs, até então contemplada predominantemente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de autoajuda e de ajuda mútua (BRASIL, 2006). As diretrizes da política setorial de saúde preveem a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), que desempenham papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados (VALE et al., 2017).

O fortalecimento da rede de atenção em saúde mental não exige unicamente a ampliação de espaços que possam cuidar da população em sofrimento psíquico decorrente do uso SPAs, requer, sobretudo, a construção de articulação entre os serviços que habitam uma rede que já existe. Além dos fatores ligados a políticas de saúde e à dificuldade de interconectar os diversos serviços da rede de atenção, os serviços estratégicos de atenção psicossocial têm um problema inerente à população a qual presta atendimento (BRASIL, 2011). Os usuários de SPAs que demandam cuidado, encontram-se, muitas vezes, fragilizados pelo processo de estigmatização social, têm seus laços familiares enfraquecidos ou rompidos e podem apresentar outros problemas de saúde. Adicionalmente, muitos, ainda, encontram-se em situação de rua, o que acarreta vulnerabilidade psicossocial extrema (ENDO, 2017).

No Brasil, as questões que envolvem o cuidado aos usuários de drogas não são unicamente decorrentes do descompasso entre a oferta de tratamento e a demanda; a inadequação das abordagens propostas nos processos terapêuticos contribuem grandemente para o fenômeno do absenteísmo em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Por se tratar de um modelo assistencial que ocorre em etapas, em geral, de longa duração, um dos



problemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde é a dificuldade deles em seguir o acompanhamento de forma regular e sistemática (ANDRADE, 2011), o que pode gerar sentimento de impotência e frustração nos profissionais que acompanham o usuário do serviço.

Cavalcanti (2019) sintetiza cinco importantes desafios que impactam a consolidação das políticas brasileiras de saúde mental, álcool e outras drogas: a) em relação à sociedade – a violação dos direitos humanos e ao estigma social; b) as políticas inadequadas, a falta de estrutura e de financiamento, a dificuldade com a qualificação profissional; c) quanto aos serviços – a desorganização dos serviços assistenciais, a falta de implantação e o monitoramento do sistema, a não implantação dos programas factíveis, a insuficiência de serviços não médicos, a falta de medicamentos e da colaboração em rede; em relação aos trabalhadores – a insuficiência de investimento na qualificação dos profissionais e a falta de apoio e pesquisas que avaliem e informem sobre o trabalho realizado e e) quanto aos usuários, a importância e necessidade do fortalecimento de grupos de autoajuda e de suporte interpares, assim como o compartilhamento de decisões. A autora conclui que, apesar dos desafios, o Brasil tem uma das políticas de saúde mental mais referenciadas e reverenciadas no mundo (CAVALCANTI, 2019).

Os movimentos reformistas no Brasil sobre cuidados coletivos em saúde, incluindo as intervenções assistenciais aos usuários com problemas decorrentes do uso de SPAs, foi gestado na década de 1970, influenciado novamente pelos coloniais modelos europeus, em especial do movimento reformista italiano. Engendrado às demandas da comunidade e dos profissionais em busca de condições de trabalho e existência mais humanas, a reforma psiquiátrica se desenvolve como ação no campo social da psiquiatria, refinando um pensamento crítico com relação à saúde mental e propondo práticas desinstitucionalizantes, já no fim da década de 1980 (GOMES-MEDEIROS, 2019). Confecciona-se, nesse período, um novo modelo de atenção à saúde mental, correlacionando com a vida social, cultural, econômica e política das pessoas.

Como resultados dessas políticas, Amarante e Nunes (2018) e Almeida (2019) apontam significativos avanços como a criação e expansão dos serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades, totalizando 2.462 centros até o ano 2017, criação de dispositivos de matriciamento na atenção básica e melhoria na atenção às situações de crise e cuidado de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Contudo, esses avanços não dão conta do aumento das desigualdades sociais, da pobreza e da violência que se relacionam e agravam os problemas decorrentes do consumo de drogas. Nesse cenário, o Estado vai desamparando seus cidadãos que passam a contar quase

que exclusivamente com as igrejas e/ou organizações religiosas, que vão ocupando, expressivamente, o lugar do Estado.

Apesar de todos os progressos alcançados, em abril de 2019, o governo brasileiro, através do Decreto 9761 (BRASIL, 2019), propôs uma nova política de drogas para o país. Baseada na antiga e ineficaz lógica da abstinência, observa-se que a “nova” política retoma o investimento na propagação de lógicas proibicionistas revestidas pelo manto de comunidades terapêuticas. Apesar das declarações inconsistentes, as mudanças propostas representam, na verdade, o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial e redução de danos consolidados pela reforma psiquiátrica brasileira (ALMEIDA, 2019). A proximidade negociada entre as políticas da justiça e de saúde que antes se contrapunham em alguns princípios, na atualidade, unem-se em torno das propostas proibicionistas, claramente associadas a discursos religiosos neopentecostais.

A redução de danos que, no Brasil, ainda engatinhava, solidificando-se como movimento lastreado nos direitos humanos e fundamentado na perspectiva inclusiva e democrática, com esse decreto, perde espaço para uma estratégia reacionária e fortemente apegada aos discursos religiosos neopentecostais. Isso porque, enquanto os princípios e as práticas de redução de danos se realizam nos domínios dos CAPSad, estruturados a partir de ações territoriais, interprofissionais e articuladas em rede, as comunidades terapêuticas, na atualidade, estão frequentemente ligadas às organizações religiosas que se afirmam, em sua maioria, distantes dos princípios do SUS e das racionalidades em saúde.

O conhecimento religioso possivelmente seja o mais antigo campo de conhecimento construído pelo homem, depois do senso comum que sempre se mostrou potente na sua função de resposta às questões relacionadas ao sentido da vida e da existência humana e, portanto, capaz de organizar a vida das pessoas. Suas premissas anunciam a palavra divina, portanto, não demandam comprovação, mas adesão e fé. Os axiomas teológicos neopentecostais destacam a luta de Deus contra o demônio pelo domínio da humanidade e o tratamento alicerçado na cura divina e no rigor disciplinar, que suprime qualquer desejo e manifestação de prazer. Numa perspectiva binária, essas propostas se afirmam a partir de uma guerra entre dois lados: o lado dos bons, bons cristãos, cidadãos de bem que precisam agir, pensar e lutar contra os maus que são adeptos ao demônio, atualizando a necessidade de salvação, anteriormente prometida para o pós-morte (SILVA JUNIOR, 2011), afirmam assim, condição de pouca humanidade desses usuários.

Aqui pode-se observar como a saúde, a justiça e a religião se apresentam de mãos dadas em nome do adestramento colonial de sujeitos, disfarçadas ou disfarçantes da teoria da

prosperidade. Essa narrativa neopentecostal que se constrói a partir da guerra contra o demônio, está frequentemente articulada à teologia da posse, supera o ascetismo calvinista e adequa-se de maneira orgânica à cultura do consumo. Assim, pode-se observar o emprego sistemático da racionalidade administrativa, das técnicas mercadológicas e de marketing do apelo ao empreendedorismo e a busca do sucesso.

Triunfalismo é o nome que se dá à tese de que o convertido deve ter sucesso em todas as áreas da vida, o que inclui a saúde física e mental. A teologia da prosperidade, característica das igrejas neopentecostais, é um sistema de crenças que estabelece uma relação direta entre a cura e a fé. Nesse contexto religioso, a saúde física e a mental fazem parte da almejada prosperidade e estão, portanto, relacionadas à bênção divina, assim como a falta de saúde e a ausência da “cura” são resultados da falta da bênção ou da ausência da fé. Muitas vezes, estabelece-se um ciclo que se retroalimenta, seja para criar esperança de cura, seja para aumentar a culpabilização ou minimizar a frustração quando a cura não vem (LOPES; DANTAS, 2017, p. 773).

A partir dessa compreensão, algumas igrejas neopentecostais, no Brasil, crescem engendradas a uma ideia de Estado que afirma sujeitos que merecem viver e que abandona aqueles que considera não merecedores. Propõem, então, um modelo de cuidado em que prometem a cura para alcoolismo, depressão, drogadição e doenças psiquiátricas, supostamente, a partir da adesão ao divino, à fé. Mas oferecem o proibicionismo engendrado a uma narrativa que, concomitantemente acolhe, oferecendo ao usuário um caminho de ressignificação da doença, mas num contexto em que vigora a luta entre o bem e o mal e a possibilidade de escolha de um lado. Promovem, com isso, alívio e esperança, já que a expulsão do Demônio anuncia a sensação de controle para o sujeito e o culpabilizam pelos males e sofrimentos do corpo, porém, simultaneamente, acabam gerando, em muitos fiéis, sofrimento, ansiedade e culpa, especialmente entre aqueles que, incapazes de vencer o poderoso “demônio da adição” passam a ser narrados como sujeitos sem fé (LOPES; DANTAS, 2017) e, sem ela, não encontram um lugar de existência.

Em lugar de remissão de sintomas e posturas adaptativas como propunha o discurso do biopoder ou liberdade e criação de novas formas de existir com menos danos – como ambicionam uma diversidade de propostas fundamentadas na redução de danos – a cura neopentecostal, vale-se da proibição, mas implica o sujeito para além do seu corpo, a ameaça com uma morte eterna: *ou se submete ou sucumbe*. Sua condição social de desamparo não é considerada, sendo o seu desempenho medido a partir da meritocracia articulada à fé. Para Han (2014), na contemporaneidade, a liberdade de poder produz mais coerção do que dever. O dever, atribuído à proposta de cuidado proibicionista do século XX, que incluía a abstinência compulsó-

ria ou voluntária, tinha limites. O poder, construído a partir da fé, propõe uma liberdade que conduz à coerção. Os usuários de SPAs, na perspectiva da salvação, entregam-se como servos absolutos de um senhor que lhes exige a vida nua, demanda que aceitem a própria morte, a ausência de singularidades e respondam como igual e virtuoso (HAN, 2014).

Neste artigo, intencionamos discutir como estão engendrados o tensionamento crítico entre a justiça, a saúde, a religião e o enfrentamento democrático do (des)cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. O crescimento da teologia neopentecostal na substituição do Estado de Direito, desloca as práticas no campo da saúde mental e da justiça para legitimar uma cura divina, que não pode ser garantida.

Essa divinização do (des)cuidado aos usuários de SPAs, provida por determinados seguimentos neopentecostais, acompanha as leituras feitas por Mbembe (2018), para quem a noção de biopoder é insuficiente para dar conta da leitura sobre as formas contemporâneas de submissão da vida. Processos de cuidado construídos a partir da luta entre o bem(Deus) – mal(Demônio) e tecidas pela lógica neoliberal, promovem uma existência social que embaralha fronteiras; promovem a emergência de sujeitos – iguais – subjugados ao poder da morte.

No Brasil de 2020, com políticas públicas conservadoras, a extrema direita espalha discursos de privilégios, xenofobia, racismo, estratificação de pessoas que não só ampliam desigualdades, mas reafirmam a ausência do Estado como algo adequado e, com isso, consideram a oferta religiosa como uma saída para os problemas sociais de pessoas que merecem menos direitos.

Algumas lideranças religiosas oferecem cura e mudanças, pela salvação, para além da pobreza, da doença e do abandono (MELO, 2007). Constroem-se, assim, narrativas que mantêm o exercício de aniquilamento colonial, que afirmam sujeitos *quase-humanos, selvagens*. Nesse contexto, emergem políticas públicas de (des)cuidado aos usuários de SPAs que consideram agendas de conservadorismos e costumes, esvaziadas de coerência discursiva, mas, afirmativas de exclusões e mortes seletivas, subjugando a vida ao poder da morte.

## Referências

ALVES, V S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, nov, 2009.

ALMEIDA et al. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Alba Riva, Antônio Nery Fo, Edward MacRae, Luiz Alberto Tavares (coord.) e Olga Sá Ferreira Salvador: Edufba/Cetad, 2004.

AMARANTE, P; NUNES, MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.2067-2074. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em 20/01/2010.

ALMEIDA J M C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(11):e00129519.

ANDRADE, T M. Reflexões sobre a política de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4665-4674, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Política de atenção integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Brasília (DF); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, Brasília (DF); 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Decreto nº. 9.761/2019 Nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD (DF); Brasília: 2019.

BECKER, H. Les drogues: que sont-elles?. In: BECKER, Howard. *Qu'est-ce qu'une drogue?* Anglet: Atlantica, 2011, pp. 11–20.

BEEK I V. Harm reduction: an ethical imperative. *Addiction* 2009; 104:342-3.

CAMPOS, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3.033-3.040, July 2011. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso)>. access on: 22 feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002>.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços da droga. In: Almeida et al. *Drogas: Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Alba Riva, Antônio Nery Fo, Edward MacRae, Luiz Alberto Tavares (coord.) e Olga Sá Ferreira Salvador: Edufba/Cetad, 2004.

ENDO, T C. Sofrimento psíquico à margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica. Ed. Zagodoni; Coordenação - Paulo Amarante, 1. ed. São Paulo, 2017.

FARIA, JG; SCHNEIDER D R. Relação entre racionalidade conservadora e pauperização do cuidado em um CAPSad: um estudo de caso. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1.984-2.147, Florianópolis, v.11, n.28, p.01-25, 2019.

GOMES-MEDEIROS D; FARIA P H; CAMPOS G W S; TÓFOLI L F. Política de drogas e saúde coletiva: diálogos necessários. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7).

HAN, B. C. (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.

JIMÉNEZ L; ANDRADE, E M; BATISTELLA L. Uso de drogas e ato infracional. Revisão integrativa de artigos brasileiros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, ISSN-e 1692-715X, V. 14, Nº. 2 (julio - diciembre), 2016, págs. 939-955.

KARAM ML. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília (DF): CFP; 2013.

KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LABATE BC, GOULART SL, FIORE M, MACRAE E; CARNEIRO H. *Drogas e cultura: novas perspectivas*/Salvador: EDUFBA, 2008.

LOPES, A P H; DANTAS B S A. Representações sociais da cura divina no contexto neopentecostal. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 771-789, ago. 2017.

MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007, Rio de Janeiro. Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Rio de Janeiro 2007, RJ: ABRAPSO. v. 1.

MELO, FVCB. A experiência neopentecostal na prisão: uma discussão sobre efervescência religiosa, racionalidade e secularização. *Revista Atlas. Dossiê Religião N.4 – abril 2007/julho 2007* ISSN 1.981-1.225.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MELO, V. Necropolítica e o estado moderno no contexto do colonialismo: descolonizar a mente para novas possibilidades de ver, pensar e agir. *Revista Sociedade em Debate*, 2019 - [revistas.ucpel.edu.br](http://revistas.ucpel.edu.br).

SCHNEIDER, D R; LIMA D S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, abr./jun. 2011.

SILVA-JUNIOR, N. Igreja líquida: uma leitura da Igreja moderna através do neopentecostalismo. *Ciberteologia - Revista de Teologia & Cultura - Edição 34 - Ano VII - Abril/Junho 2011 - ISSN 1.809-2.888*

TAMMI T; HURME T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy* 18 (2007) 84–87.

VALE C A S; FILHO T L L; COSTA, R M L. A droga na/da sociedade: perspectivas atuais e históricas. *SANARE, Sobral - V.16 Suplemento n.01, p.35-41, 2017*.

WODAK A. HARM reduction is now the mainstream global drug policy. *Addiction*. V. 104, n 3 p 343-345, 2009.

## **6.2 Artigo 2 - A reunião de equipe em contexto de saúde mental: território-ponte entre cuidados e descuidos**

**Título: A reunião de equipe em contexto de saúde mental: território-ponte entre cuidados e descuidos**

**Autores: OLIVEIRA, GM; DALTRO, MO.**

### Resumo

No âmbito do trabalho interprofissional em saúde, as reuniões de equipe fazem parte de uma estratégia de qualificação assistencial que envolve processos de convivência, comunicação e tomada de decisão no espaço comum entre diferentes profissões. No contexto específico da saúde mental no Brasil, essas reuniões são frequentemente realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados para o cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial, incluindo aqueles decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. Este estudo tem como objetivo identificar a função das reuniões de equipe no processo de trabalho e cuidado psicossocial de um CAPSad. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e documental que analisa 173 atas das reuniões realizadas de janeiro de 2013 a julho de 2017 de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), serviço público docente-assistencial voltado para o cuidado às pessoas em sofrimento decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas, localizado na cidade de Salvador-Bahia-Brasil. Como resultados, destaca-se o espaço da reunião de equipe como território de vida, disputas e produção social. Na leitura e análise das atas, foram identificados quatro núcleos de sentido relacionados à função da reunião de equipe: território estratégico de informação e comunicação; território de expressão da diversidade nos modos de trabalhar e cuidar; território de apoio ao desconforto na produção de cuidado e território de educação permanente em saúde mental e redução de danos. As reuniões de equipe compõem um entrelaçamento entre o corpo social, os campos e núcleos de saberes e práticas e as estruturas e dinâmicas institucionais configurando-se como um território-ponte entre cuidados e descuidos nos processos de trabalhar e cuidar no CAPSad. Como conclusões, destacamos as reflexões produzidas sobre os desafios e as perspectivas do coletivo de trabalhadores diante dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

**Palavras-chave:** Reunião de equipe. Relações interprofissionais. Serviços comunitários de saúde mental. Processos de trabalho em saúde mental.

## **A reunião de equipe em contexto de saúde mental: território-ponte entre cuidados e descuidos**

*“A ponte não é de concreto, não é de ferro, não é de cimento.  
A ponte é até onde vai o meu pensamento.”  
(A Ponte; Lenine, 1997)*

### **Introdução**

O trabalho interprofissional em saúde decorre do fato de que o ser humano é complexo e possui múltiplas necessidades biopsicossociais. Sendo assim, em diversos seguimentos do setor, profissionais de diferentes formações em saúde se reúnem para discussão dos itinerários terapêuticos e das conduções clínicas.

Reuniões de equipe fazem parte de uma estratégia de trabalho que envolve processos de convivência, comunicação e tomada de decisão no espaço comum entre diferentes profissões e visam qualificar a produção do cuidado em saúde (D'AMOUR et al., 2005). No contexto específico da saúde mental no Brasil, essas reuniões são frequentemente realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) voltados para o cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial, incluindo aqueles decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. A prioridade dos CAPS é o incentivo na busca da construção da saúde, da autonomia e cidadania dos usuários através do fortalecimento de vínculos com a comunidade, do apoio clínico e psicossocial para o cuidado e da utilização e desenvolvimento de estratégias de redução de danos biopsicossociais (BRASIL, 2004; LANCETTI, 2015).

Nos CAPS, as reuniões de equipe têm perspectivas ampliadas como o compartilhar experiências de cuidado entre os profissionais; planejar e nortear condutas no processo de trabalho; discutir casos clínicos numa visão interdisciplinar; estabelecer parcerias com as redes de atenção à saúde e proteção social e avaliar, continuamente, o processo de trabalho e cuidado (BRASIL, 2004).

Embora sejam consideradas importantes para o funcionamento e a organização dos serviços de saúde mental, em seu cotidiano, observam-se que as ações e os encaminhamentos nem sempre condizem com as discussões e decisões produzidas coletivamente nas reuniões e que existem múltiplos tensionamentos na construção de consensos e nas relações entre os profissionais. Gerenciar processos de trabalho em equipe, manejar conflitos de papéis, integrar conhecimentos e avaliar a eficácia das reuniões interprofissionais na construção dos planos de



cuidados dos pacientes são desafios relatados pelos profissionais de saúde de diferentes países (KVARNTROM, 2009; TOMIZAWA et al., 2016).

Pesquisas nacionais apontam ambivalência dos trabalhadores dos diferentes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com relação à reunião da equipe e ao engajamento no trabalho interprofissional. As posições oscilam entre o reconhecimento da reunião como estratégia de coesão e como recurso conflituoso e inoperante. A forma de organizar as reuniões e a dinâmica dos encontros de trabalhadores possibilitam compreender se as equipes são mais abertas, com tendência a priorizar a troca, o compartilhamento de informações e a negociação de decisões em relação ao trabalho e às intervenções terapêuticas ou se são mais conservadoras e apresentam dificuldades em compor a sua visão sobre a clínica, a integralidade e o trabalho em saúde mental, a partir de distintas perspectivas, inclusive, intersetoriais (MILHOMEN; OLIVEIRA, 2007).

De modo geral, três aspectos destacam-se em relação às reuniões de equipe no processo de cuidado dos serviços públicos de saúde mental brasileiros: 1) caracteriza-se como um espaço de construção coletiva de saberes e práticas; 2) serve como palco de discussões e decisões sobre modos de trabalhar e relacionar-se e 3) constituem-se em um princípio da reforma psiquiátrica porque valorizam o coletivo, não só como um recurso terapêutico para os usuários, mas como proposta de organização democrática dos serviços (BARROS, 2000).

Dessa forma, as reuniões de equipe dos CAPS têm o potencial de corroborar com as políticas públicas de saúde mental e álcool, crack e outras drogas, na medida em que disputam por princípios democráticos e colaborativos e atualizam as diretrizes que norteiam as práticas de cuidado. No âmbito do trabalho em saúde, esses princípios vão além das macropolíticas, seu êxito passa pela dimensão micropolítica, arranjos cotidianos produzidos pelos trabalhadores da saúde na solução de problemas cotidianos, com seus modos de envolver-se e legitimar as diretrizes assistenciais em saúde (RIBEIRO, 2002; FRANCO, 2016).

Para Merhy (2002), o trabalho em saúde é vivo e, por isso, dinâmico e imprevisível porque o só acontece no encontro. Ele destaca três dimensões que utilizaremos aqui para compreender o processo de trabalho na atenção psicossocial: o trabalho em saúde mental é sempre relacional, pois é na relação do trabalhador com o usuário que se produz o cuidado; o processo de trabalho é sempre em rede, uma vez que nenhuma profissão e nenhum serviço é autossuficiente para produzir cuidado em saúde (os saberes são interdependentes) e o processo de trabalho em saúde é singular, exigindo respostas específicas para cada necessidade apresentada.

Apesar de abrigarem um conjunto de elementos materiais e simbólicos, nem tudo é visível nas reuniões de equipe. Elas comportam dentro de si, não lugares, mas virtualidades, disputas, construções, desconstruções e afetos (RIBEIRO, 2002). Portanto, eleger a reunião de equipe como fenômeno de investigação científica poderá trazer elementos de elucidação, uma vez que, apesar de invisíveis, algumas dimensões podem ser localizadas na composição dos discursos e das relações que os trabalhadores estabelecem entre si, na sua relação com os usuários, com a cultura, com a dinâmica das instituições de saúde e suas práticas cotidianas.

Este estudo teve como objetivo identificar a função da reunião de equipe interprofissional no processo de trabalho e cuidado de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).

A pesquisa é parte integrante de uma tese de doutorado que investiga as práticas clínicas de cuidado e o processo de trabalho da equipe interprofissional de um CAPSad, à luz dos pressupostos das políticas nacionais de saúde mental e álcool, crack e outras drogas vigentes no país até o ano 2017. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública, sob o parecer nº 2.809.812; CAAE 90497418.0000.5544.

## **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, configurado como pesquisa documental que analisa atas das reuniões de uma equipe interprofissional de um CAPSad docente-assistencial, localizado no município de Salvador-Bahia. A análise documental é uma técnica de pesquisa que tem como fonte documentos diversos que são analisados em profundidade, para que deles sejam extraídas informações e indicações relativas ao objetivo do estudo (MOREIRA, 2005).

Optou-se por selecionar um conjunto de 173 atas dos últimos cinco anos de funcionamento da instituição (janeiro 2013 a julho de 2017), período em que o pesquisador atuou como coordenador técnico-pedagógico do serviço. Na pesquisa qualitativa, a presença do pesquisador no contexto em estudo e sua relação de intersubjetividade com os grupos estudados é parte essencial do processo da pesquisa, por isso demanda permanente reflexividade, ou seja, atenção sobre os acontecimentos e seus efeitos no contexto empírico (MINAYO, 2014).

As atas das reuniões técnicas da equipe podem ser qualificadas como registros formais de encontros promovidos pelo serviço de saúde, visando repasse de informações e/ou deliberações sobre assuntos de interesse comum da instituição. Encaradas como potenciais documentos de valor técnico-jurídico, as atas têm a necessidade de consubstanciar em si como um

fiel registro do que ocorreu na reunião, sendo compreendidas como um lugar de memória. Entretanto, sua escrita não é neutra, uma vez que ela foi criada para desempenhar uma função pré-determinada (ESQUINSANI, 2007).

De modo geral, existem muitas formas de sistematização das informações em uma ata. Em sua maioria, os conteúdos registrados limitam-se às decisões coletivas/institucionais e encaminhamentos. Entretanto, no CAPSad em estudo, esses documentos foram redigidos com maior riqueza de detalhes e informações como trechos de falas dos trabalhadores e descrição das discussões e reflexões da equipe, o que possibilitou um maior aprofundamento e uma maior análise do seu conteúdo

Depois de apresentado o anteprojeto na reunião de equipe do CAPSad e a obtenção da carta de anuência institucional, o processo de análise das atas foi iniciado: 1º passo: obteve-se, com a instituição, cópias de todas as atas de reunião de equipe realizadas nos últimos cinco anos do início desta pesquisa; a maioria delas foram redigidas por uma mesma secretária; 2º passo: estabeleceu-se um processo de codificação através da numeração das atas por ano, obtendo-se um total de 177 atas; seis foram excluídas por repetição, ficando 173 válidas; 3º passo: leitura flutuante das atas e impressão geral da estrutura das reuniões; 4º passo: elaboração de planilha para anotação das unidades de registro; 5º passo: leitura das atas (por ano) com anotações das unidades de referência para composição dos grupos temáticos; 6º passo: sistematização das informações em meio digital e contextualização dos temas/acontecimentos por ano; 7º passo: categorização geral das informações apresentadas nas atas a partir da análise de conteúdo e identificação de núcleos de sentido, conforme proposto por Minayo (2014); 8º passo: discussão e análise dos resultados.

As categorias temáticas foram construídas, inicialmente, norteadas pelos objetivos do estudo e pelos seguintes elementos: repetição de temas e conteúdo, repetição de atividades, homogeneidade e presença de eventos/acontecimentos significativos (MINAYO, 2014). Em seguida, procedeu-se ao agrupamento de dados para construção de categorias de análise, observando-se, primeiramente, cada ata e, posteriormente, as atas por ano e em seu conjunto em geral. Esse procedimento permitiu uma produção de categorias, que foram apresentadas ao longo do texto, articuladas aos princípios teóricos conceituais que fundamentaram o estudo.

As 173 atas foram enumeradas em ordinal e acrescidas o seu ano de registro. Esses números encontram-se no fim de cada trecho transcrito no corpo do artigo. Para preservar o sigilo dos profissionais nessas transcrições, foram utilizadas letras do alfabeto em maiúsculo e negrito.

## Resultados e Discussão

Desde a sua implantação, em 2012, o CAPSad foi organizado para que todos os trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade e formação, protegessem suas agendas para um encontro semanal com todos os profissionais. Estabeleceu-se o turno da quarta-feira, pela manhã, de 8h a 10h para a reunião geral. Nesse horário, o serviço permanecia fechado para o público externo. Posteriormente, com o aumento das demandas, estendeu-se o horário até o meio-dia.

De modo geral, as reuniões eram organizadas em dois momentos: a primeira parte contemplava informes e discussões sobre o processo de trabalho e, em seguida, priorizavam-se as discussões clínicas, supervisões e sessões temáticas. A organização não era rígida porque alguns encontros eram marcados por diálogos intensos sobre as questões institucionais, processo de trabalho, inquietações da equipe, aspectos políticos, clínicos e/ou da gestão do trabalho.

Além dessas reuniões, os trabalhadores organizavam-se em pequenos grupos, ao longo da semana, para realizar outros encontros de discussão dos planos terapêuticos, articulação com a rede intersetorial e resolução de demandas institucionais e assistências decorrentes dos encaminhamentos da reunião de quarta-feira.

Com o objetivo de promover reflexões sobre a reunião de equipe e a sua ressonância na produção do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, adotaremos como análogo ao momento da reunião o conceito de território proposto pela geografia crítica. Aqui, a noção de território se constitui como cenário de relações sociais, espaços de tensão, disputas e multiplicidades, configurando-se como transitório e, sobretudo, político (SOUZA, 2013). No contexto da produção do conhecimento em saúde mental no Brasil, o termo território foi adotado de uma maneira híbrida: ora se aproximando de uma concepção mais espacial e funcional, ora considerado como resultante de dimensões simbólicas e existenciais, sendo primordial concebê-lo na perspectiva de território vivo em que coexistem, dinamicamente, as diferenças (FURTADO et al., 2016). Seguindo essa compreensão, tentaremos nos aproximar criticamente do conceito de território, no sentido de perceber a reunião de equipe como território de vida, disputas e produção social.

Na leitura e análise das atas, foram identificados quatro núcleos de sentido relacionados à reunião de equipe, a saber: reunião de equipe como território estratégico de informação e comunicação; reunião de equipe como território de expressão da diversidade nos modos de

trabalhar e cuidar; reunião de equipe como território de apoio ao trabalhador e reunião de equipe como território de educação permanente em saúde mental e redução de danos.

### **1. Reunião de equipe como território estratégico de informação e comunicação: *A equipe precisa de tempo para comunicar e processar tudo***

Nesta categoria, estão incluídos os registros documentais que compõem o repasse de informações, como leitura e compartilhamento de ofícios, atas, convites e documentos institucionais, orientações sobre demandas administrativas como sistema de informação e setor de pessoal, comunicados em geral e troca de informações entre os trabalhadores.

Embora tenha se destacado como frequente nas reuniões, a informação configura-se como uma dimensão do processo de comunicação. Nas relações de trabalho em saúde mental, a comunicação permite a realização de ações coordenadas entre os membros de uma equipe interprofissional. Esse processo pode envolver a transmissão de mensagens por múltiplos veículos, tanto de maneira formal quanto informal, verbal e não verbal e estar presente em diferentes contextos institucionais (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Os autores ressaltam ainda que informação e comunicação são dimensões correlatas, porém distintas: a primeira relaciona-se com a mensagem propriamente dita e a segunda ocorre, essencialmente, em relação, e envolve ideias, conceitos, fatos, campos e pessoas. Defendem que a relação entre comunicação e saúde vai além de uma abordagem instrumental, trata-se de um complexo fenômeno social e multifacetado, com teorias distintas e conflitos que delimitam um território de disputas, no qual as pessoas e instituições se inter-relacionam, tecem alianças, antagonismos e negociações (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Nas reuniões de equipe em que este estudo se pauta, a comunicação se constituiu na relação entre trabalhadores, sobretudo com os compartilhamentos de ideias, situações, conflitos e experiências cotidianas no CAPSad. A complexidade de um serviço de saúde mental, álcool e outras drogas, a organização do processo de trabalho e as diferentes perspectivas dos trabalhadores tornam a efetivação da comunicação mais desafiadora. Ademais, os métodos e as dinâmicas pouco atrativos das reuniões, as diferentes necessidades para realização do trabalho e o elevado número de pautas para serem discutidas e encaminhadas interferiram no processo de comunicação, transformando muitos encontros em um conjunto de mensagens desarticuladas e pouco resolutivas.

*R. concorda que as discussões da reunião não são colocadas em prática e que a reunião é cansativa e repetitiva, os problemas são os mesmos discutidos, os temas circulam e caem no mesmo lugar (25/2014).*

*Y. acha importante a reunião, porém, o desgaste destes encontros e os ruídos de comunicação é pelo excesso de demandas, muitas resoluções num espaço curto de quatro horas...a equipe precisa de tempo para comunicar e processar tudo (25/2017).*

Observamos aqui o reconhecimento da importância da reunião, mas que, em certos momentos, elas se configuraram numa presença sem encontro com tendência a gerar informações que não comunicam e de produzirem discussões repetitivas e sem resolutividade.

A existência das reuniões de equipe dos CAPS não garante a boa comunicação entre os trabalhadores, a resolutividade das propostas e a organização do trabalho. Para isso, faz-se necessário, entre outros aspectos, o estabelecimento de vínculo entre os profissionais, a adoção de métodos dinâmicos e estratégicos nas reuniões e periodicidade de encontros (SANTOS et al., 2017).

Entre outros desafios encontrados no processo de comunicação no trabalho das equipes do CAPSad, destacam-se a diversidade na formação dos profissionais, os desequilíbrios nas relações de poder e a tendência à valorização do saber de nível superior em detrimento de outras categorias profissionais (sobretudo as de nível médio).

*H. questiona as múltiplas referências de formação dos profissionais do CAPSad. Embora seja rico, muitas vezes confunde e atrapalha o entendimento e a comunicação da equipe (25/2014).*

*M. fala das falhas de comunicação entre os redutores de danos [profissional de nível médio] e os técnicos de nível superior. É preciso maior aproximação e mais espaço para compartilhar informações. Os relatos do campo não chegam aos técnicos e os técnicos dialogam mais entre si e pouco com os redutores...Valorizam muito o saber do técnico [profissional de nível superior] e negligenciam o redutor que, na maioria das vezes, está mais próximo à realidade dos usuários do CAPS (25/2014).*

De acordo com Rowland e Callen (2013), no âmbito do trabalho em saúde, a diversidade de formações profissionais, a tendência de uma mesma categoria profissional a se comunicar mais uns com os outros e o efeito da rigidez hierárquica impactam nas dificuldades de os profissionais se expressarem e se comunicarem frente aos colegas de trabalho.

Já no que diz respeito ao processo de comunicação para a gestão do cuidado em saúde, ele se apresentou atrelado à cooperação e às disputas, marcadas por reflexões sobre os acordos

e assimetrias de poder interprofissional. Para Foucault (1986), o campo da saúde mental se constituiu com base nas relações assimétricas de poder-saber presentes no processo de trabalho, inicialmente centrado na figura do médico e, posteriormente, esse modelo estendeu-se às demais graduações em saúde.

Atualmente, apesar de o trabalho em saúde mental estar harmonizado com as diretrizes de humanização que regem as políticas de saúde no Brasil e apresentar uma estruturação mais horizontalizada entre os diferentes profissionais, ainda observamos uma conduta na qual o profissional graduado destaca-se como figura de autoridade, mostrando que, nesses lugares, relações de poder são marcantes na hierarquia entre os profissionais e, conseqüentemente, numa comunicação menos dialógica e assimétrica na produção de cuidado.

Para Costa-Rosa (2000), relações e comunicações interprofissionais autocráticas e verticalizadas são pautadas no modo de assistência asilar em saúde mental; a transição desse modelo para uma lógica de trabalho democrática e horizontalizada, proposta pelo modo psicossocial, está ancorada num contínuo temporal, sendo que ambos os modos podem coexistir simultaneamente em posições antagônicas e conflituosas.

Nos encontros da equipe, muitas discussões e posicionamentos apresentaram-se divergentes e nem sempre os encaminhamentos da reunião eram resultados de consensos. Apesar disso, tais decisões influenciavam suas condutas no cotidiano assistencial através de novos arranjos, omissões ou distanciamentos. Muitas informações eram compartilhadas fora do espaço da reunião, na área de convivência, no *Cravinho*<sup>5</sup>, no momento do café, em grupos de e-mails ou mesmo nos subgrupos de trabalhadores que estabeleciam comunicação paralela criando grupos em redes sociais restritos a outros profissionais da equipe.

*R. acredita que precisa sair da reunião com uma posição coletiva que possa colocar em prática. A equipe não pode ficar dispersa nem tomar decisões em paralelo e pelos corredores sem nenhum compartilhamento como vem acontecendo. “Precisamos estar coesos e cientes dos combinados” (34/2015).*

*Alguns profissionais fazem acordos entre si por fora, criam grupos de WhatsApp próprios e não pactuam as decisões e intervenções com os demais membros da equipe. Se discordam do que foi decidido no coletivo precisam colocar na roda, precisam dialogar (04/2017).*

---

<sup>5</sup> Bar tradicional, localizado no Pelourinho, onde grupos de trabalhadores do CAPSad costumavam se reunir no fim do expediente. Geralmente, os diálogos giravam em torno das situações cotidianas do trabalho. Em alguns encontros, situações emblemáticas de usuários que mobilizavam a equipe eram foco dos diálogos. Embora a intenção do encontro fosse outra, formulações e ideias para manejo dos casos emergiam ali.

*F acredita que a equipe está confusa no manejo das intervenções com S. Uma parte da equipe chega na reunião e valida o encaminhamento, mas outra parte não diz nada e não valida estes encaminhamentos no dia a dia do usuário no serviço. Relata que tem que haver uma harmonia mínima na intervenção...discorda de várias questões do CAPS, nem sempre o que é decidido no coletivo é a melhor condução, mas quando faz diferente do combinado, problematiza com a equipe (4/2017).*

As trocas informais entre os profissionais ocorriam em diferentes ambientes do cenário assistencial e do território como corredores, copa, área de convivência, redes sociais, celulares e locais fora do CAPSad. Esses compartilhamentos ampliam a comunicação entre os trabalhadores para além do instituído, com potencial de gerar soluções e conflitos, conforme observado nos registros das atas citadas acima.

Nessas situações, para além das divergências de posições, a comunicação não transitava nos espaços formais, como as próprias reuniões, ou nos veículos de comunicação oficializados. Circulavam pelas “dobras organizacionais” produzindo saberes, práticas e disputas, na maioria das vezes, não identificadas nas atas e nos registros do CAPSad. Para Merhy (2013), essas dimensões invisíveis da organização manifestam uma grande força de trabalho, por isso a necessidade de se considerar a organização como um todo em suas “dobras”: espaços formais e informais, sendo elas capazes de produzir, simultaneamente, outras interações no cotidiano de trabalho para o cuidado em saúde.

Em seus estudos sobre a psicologia do trabalho, Yves Clot (2006) enfatiza os aspectos subjetivos das atividades laborais, sinalizando que o que é visível nas interações entre sujeito e objeto de trabalho, gestos ou comunicações, são apenas fragmentos da atividade desempenhada, pois esconde-se da observação, da fala ou dos registros institucionais, um diálogo interior, uma intencionalidade na qual o trabalhador articula os caminhos da sua ação. Assim, em um paralelo com o trabalho em saúde mental, o pensamento e a subjetividade dos profissionais em si, já se configuram como um agir a ser explorado e compreendido e não somente a ação observada ou a comunicação proferida, o que torna a análise do trabalho e seus processos de comunicação uma tarefa multifacetada e complexa.

Observamos que, nesse período, os trabalhadores posicionaram-se frente à comunicação de forma dinâmica, com múltiplas linguagens, convergências e divergências. Em muitas situações cotidianas, esse movimento se expressou através da queixa, do boicote, das disputas e das repetições, produzindo no grupo um processo de comunicação e intervenção fora dele,



seja através da utilização de outras linguagens e arranjos, dos diálogos em espaços fora da instituição ou da criação de novos grupos ou subgrupos dentro da equipe.

Informação e comunicação são elementos estratégicos para o trabalho em saúde mental, álcool e outras drogas e, embora correlatos, o processo de comunicação diferencia-se da informação por ser um campo político de disputas permeado por processos subjetivos e culturais nem sempre controlados ou localizáveis nas relações entre os trabalhadores desse CAPSad.

Os posicionamentos dos trabalhadores frente ao processo de comunicação (sejam nas relações com os pares ou no contato direto com os usuários) influenciaram nos processos de trabalho, na qualidade das relações interprofissionais e na condução dos planos terapêuticos desenvolvidos em equipe.

## **2. Reunião de equipe como território de expressão da diversidade nos modos de trabalhar e cuidar: *Muitos CAPS dentro do CAPS***

Nesta categoria foram sistematizados os temas que circunscreveram o processo de trabalho da equipe do CAPSad. Eles foram agrupados em cinco eixos que descrevem as principais práticas cotidianas discutidas pelos trabalhadores durante as reuniões. Trata-se de temas centrais para organização e funcionamento do serviço com vistas à produção do cuidado psicossocial, a saber:

**Quadro 1** – Eixos dos processos de trabalho discutidos nas reuniões de equipe do CAPSad 2013-2017; N=173 atas. Salvador-BA, 2020

<b>Eixos temáticos</b>	<b>Conteúdos</b>
1 Aspectos assistenciais	Planos terapêuticos singulares, manejo de situações de crise, manejo de situações de violência e conflito no CAPSad, atenção a demandas socioassistenciais (alimentação, higiene pessoal, moradia, trabalho, educação e família), visitas domiciliares
2 Rotinas institucionais	Organização do espaço da convivência, fluxos internos, agenda dos técnicos, organização dos serviços oferecidos no CAPS, elaboração de protocolos, condições de trabalho, segurança da equipe
3 Trabalho em equipe	Interprofissionalidade, práticas colaborativas e dificuldades no trabalho em equipe

4	Humanização e controle social	Acolhimento, acesso, direitos dos usuários, assembleias
5	Trabalho em rede, articulações e ações no território	Trabalho de campo, intersetorialidade, apoio matricial e cursos de capacitação/qualificação

Fonte: produzida pelos autores, 2020.

Destacam-se no Quadro 1 as dimensões do processo de trabalho que tangenciam a assistência, sobretudo os aspectos relacionados às demandas psicossociais dos usuários e à rotina institucional do CAPS. Entretanto, no conjunto dos registros (eixos 1, 3, 4 e 5), as dimensões relacionais constituíram o foco das discussões promovidas pela equipe desse CAPS. Esses resultados são coincidentes com os dados identificados nos estudos sobre a atenção psicossocial no país, evidenciando aproximações da realidade cotidiana do centro com outras experiências brasileiras (PINHO et al., 2018).

Segundo Lancman (2008), as mudanças recentes propostas pelo modelo de atenção em saúde mental provocaram transformações no processo de trabalho desses profissionais. Tornou o trabalho mais complexo com necessidades e funções que vão além da assistência à doença; perpassa pelas necessidades sociais e pela revisão e reorganização constante das rotinas institucionais.

Existem diversas linhas de investigação sobre processo de trabalho em saúde que incluem desde os modelos assistenciais, gestão, trabalho em equipe, novas tecnologias de cuidado e condições de trabalho e nos permitem abordar tanto os aspectos estruturais como os relacionais e socioculturais dos atores envolvidos, pois é nessa dinâmica e organização que se configuram os processos de trabalho em saúde (PEDUZZI, 2003).

O processo de trabalho em saúde é definido pelas atividades cotidianas de um serviço de saúde e, de modo geral, elas ocorrem sempre em relação, daí a necessidade de estarmos atentos às dinâmicas relacionais constitutivas dos processos de trabalho fundada em uma concepção ampliada de saúde, seja entre técnicos e usuários ou entre os próprios trabalhadores, uma vez que a qualidade dessas relações pode gerar cuidado ou não, a depender das concepções de cuidado em saúde do trabalhador e do contexto em que ele ocorre (FRANCO, 2016).

Seguindo essa análise, identificamos que a operacionalização do processo de trabalho e cuidado configurou-se atravessada por um conjunto de crenças e saberes (individuais e compartilhados). Observamos, em diversos registros, que os técnicos relatavam visões, versões e soluções diferentes sobre determinadas situações cotidianas, o que gerava tensionamen-

tos diante das exigências de condutas comuns entre os profissionais e disputas no processo de trabalho e cuidado.

*F. diz que a coordenação precisa analisar a quantidade de CAPS que tem dentro de um só CAPS a ponto da equipe não conseguir atuar de uma só maneira, não dá pra fazer tudo igual, cada usuário tem a sua necessidade e cada profissional tem seu jeito de trabalhar e essa é a maior riqueza dessa clínica (Ata 28/2016).*

*B acha a reunião uma agonia...Fala das suas dificuldades em trabalhar com tantas demandas, pensamentos, clínicas e políticas (Ata 25/2014).*

De acordo com Ramminger & Brito (2011), dois aspectos destacam-se no encontro entre o trabalho e o cuidado nos CAPS. O primeiro se refere à singularidade do profissional, uma vez que entre o profissional e o processo de trabalho existe um *modo de fazer* próprio. Um segundo aspecto está relacionado ao conceito de cuidado dos profissionais da equipe. Cada profissional tem perspectivas próprias construídas sobre experiências prévias, aspectos socioculturais e saberes específicos da profissão, que podem ser complementadas por conhecimentos especializados e pelo trabalho em rede.

Portanto, cada trabalhador do CAPS possui seu território existencial habitado por crenças, interesses, valores e concepções íntimas acerca do cuidado psicossocial que atravessam suas práticas profissionais e, a partir da sua margem de liberdade e autonomia laboral, ultrapassam os projetos instituídos – sejam eles organizacionais e/ou coletivos – destituindo o “trabalhador moral”, aquele em que se reconhece o profissional apenas pela sua função, papéis e perfil, conforme nos aponta Cecílio (2007).

Essas considerações não se configuram, entretanto, em um fazer profissional relativista e descompromissado. Essa diversidade de concepções sobre cuidado psicossocial torna-se potente na medida em que assume a perspectiva da ética e da integralidade, convergindo as diferentes racionalidades e saberes para além do conhecimento especializado, instituído e unisetorial e focando seus esforços na singularidade das situações e necessidades ampliadas dos usuários (LANCETTI, 2007).

Diante de vivências conflituosas no fazer profissional dessa equipe, identificamos relatos de antagonismos, fragmentações, dúvidas, questionamentos e impotência. A singularidade e a flexibilidade eram reconhecidas na escuta e no acolhimento, porém, frente aos tensionamentos e desafios do cotidiano do CAPS, ora expressavam atitudes e posturas que favoreciam a fluidez no cuidado, ora apresentavam resistências e inflexibilidades que dificultavam as intervenções cuidadoras, precipitando tropeços e descuidos.

*S. pontua que parece haver uma divisão da equipe, alguns profissionais agem com maior rigidez e outros são mais flexíveis no cuidado com os usuários. A coisa toma formato antagônico e os usuários percebem isso... Será que estamos mesmo cuidando? Será que o cuidado ocupa o centro da prática da equipe? (19/2016).*

*M. acredita que é constitutivo no trabalho no CAPS; os improvisos e, às vezes, não saber mesmo o que fazer... Avançamos e retrocedemos... Por isso, essas reuniões são tão importantes para que se possa compartilhar as dúvidas e tropeços e construir caminhos (19/2016).*

Para Ayres (2004), o cuidado configura-se em intencionalidades e práticas diante das diversas situações que necessitam de ações terapêuticas e ocorre sempre na interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, intermediada por saberes voltados para essa finalidade. Trata-se, portanto, de uma complexa trama social protagonizada por sujeitos reais (usuários, trabalhadores, gestores) com suas potencialidades, dificuldades e vulnerabilidades. Mesmo em intenção, as ações de cuidado que ocorrem nos encontros podem produzir descuidos, seja pelo limite de alcance das racionalidades, pelas mobilizações afetivas que turvam o pensamento, dos equívocos, das omissões e/ou infinitas condições adversas oriundas dos encontros entre usuários e trabalhadores.

Por se tratar de um serviço de complexas experimentações, muitas vezes os trabalhadores dos CAPS ficam confusos em relação ao seu fazer e à função do próprio serviço. Circulam por diferentes ofertas e demandas (reabilitação psicossocial, tratamento, escuta, convivência, acolhimento etc.) sendo necessário que ofertem múltiplas condutas singulares com cada usuário e aprendam a diferenciá-las a depender das necessidades, das novas situações e dos contextos (RAMMINGER; BRITO, 2011).

Os CAPS são territórios de grandes conflitos e desafios, e os trabalhadores precisam estar abertos a operar o trabalho de acordo com suas potências e sua governabilidade, devendo os profissionais utilizarem as dúvidas e frustrações como matéria-prima de experimentações, transformando o vivido em aprendizagem e desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado (MERHY, 2004).

Assim, observamos o quanto as necessidades relacionadas aos cuidados dos usuários e suas expectativas transformam completamente as atividades no cotidiano do serviço, exigindo constantes reorganizações nos processos de trabalho, muitas vezes difíceis de serem postas em prática pelos trabalhadores. Nesse sentido, a reunião se expressa como um território de conexão híbrida marcado por relatos de imperfeições, contradições e diferentes modos de operar o cuidado no CAPSad. Contudo, não se trata de um cuidado caótico ou de múltiplas desordens e

sem um direcionamento, mas sim, de uma ordem múltipla na medida em que os profissionais, em diferentes perspectivas, são orientados pela realidade que diz respeito aos usuários.

### **3. Reunião de equipe como território de apoio ao trabalhador diante do desconforto na produção do cuidado: “a fala desembola os nós da mente”**

Nesta categoria estão incluídos temas que se relacionam com o desconforto da equipe na produção de cuidado aos usuários assistidos pelo CAPSad. Inclui as temáticas da sobrecarga laboral, o adoecimento físico e emocional dos trabalhadores, os conflitos entre usuários e técnicos e entre os próprios técnicos e as situações de violência e tensão vivenciadas no seu contexto.

O trabalho em saúde pode ser fonte de vida, realização profissional e construção identitária. Entretanto, esses profissionais podem ficar vulneráveis ao adoecimento porque o contato com as pessoas que sofrem mobiliza afetos tristes e tendem a se agravar com as dificuldades na organização do trabalho, as dinâmicas do processo laboral e a falta de medidas de proteção à saúde do trabalhador (ASSUNÇÃO, 2012). Os dados sobre as condições de saúde desses profissionais apontam aumento da frequência das doenças e dos acidentes ocupacionais, ambos com potencial de serem minimizados com a adoção de medidas preventivas (WHO, 2006; SMITH; LEGGAT; ARAKI 2007).

Em relação aos trabalhadores da saúde mental no Brasil, uma pesquisa aponta que, entre outros aspectos, essa atividade é caracterizada por elevadas demandas emocionais, o que consiste em um fator significativo na manifestação de adoecimento físico e psicológico (LANCMAN, 2008).

Dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores do CAPSad são, a seguir, apresentadas.

*K afirma que a equipe está em crise, em sofrimento e adoecida diante das demandas que não conseguimos dar conta... Não se consegue trabalhar o tempo todo sob tensão...Muita coisa que reclamam dos usuários é o um reflexo da equipe (28/2015).*

*P. relata que está difícil lidar com os xingamentos que recebe e as situações de estresse no dia a dia.... Não consegue dar conta do trabalho... Vive com dor de cabeça, exausta, com pressão alta e sem paciência com a própria família (26/2015).*

Em estudo realizado com trabalhadores de diferentes tipos de CAPS de Salvador-Ba, Budde & Araújo (2014) identificaram desgastes relacionados à sobrecarga psíquica, principalmente a insegurança com relação à proteção da integridade física e psicológica deflagrada

por situações de crise dos usuários, vulnerabilidade e violência no cotidiano profissional, como agressões físicas e verbais sofridas pelos técnicos.

No trabalho em saúde, os trabalhadores não ofertam apenas acolhimento, escuta e intervenção técnicas, esses profissionais utilizam-se de seus corpos que são cotidianamente atravessados pelos tensionamentos e exigências oriundas do contato com usuários, dos demais profissionais, das condições e da organização do trabalho (DEJOURS, 2004). Trata-se, portanto, de um processo cognitivo corporificado, que não é dado a priori e é constituído na atividade laboral, em meio ao coletivo de trabalho. O corporificado, no entanto, não se limita à dimensão biológica do organismo, mas compreende o corpo como morada da subjetividade, sendo ele permeado por experiências afetivas e relacionais, um corpo do qual se experimenta a vida, o sofrimento e o prazer (FRANCO, 2016).

*W. pergunta a equipe sobre o que provoca esse sofrimento? A sensação de impotência? É medo? É cansaço? Insatisfação? São as condições de trabalho? (29/2015).*

*Z. relata que os nossos afetos afetam nossas condutas...Como não deixar que o nosso sofrimento nos anule? Queremos dar conta de tudo e assumir o arquétipo do herói (25/2016).*

Para Dejours (2009), aquilo que escapa à habilidade do sujeito, manifesta-se de modo afetivo, através do fracasso do trabalhador em dar conta das variações e imprevisibilidades laborais. Nesse sentido, há, para o profissional, uma relação de sofrimento decorrente do trabalho que implica um estado de luta contra as exigências da organização, gerando tensões emocionais que, se não manejadas, podem levar ao adoecimento.

Por esse motivo, reconhecer e acolher os conflitos dos trabalhadores e propor caminhos em espaços de fala e escuta (individuais e coletivas) são movimentos de extrema importância para a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento do trabalho. Esses espaços têm o potencial de dar continência ao desconforto na produção do cuidado e podem ser compreendidos como um território de ações preventivas para que o sofrimento criativo, conforme o proposto do Dejours (2009), não se transforme em patogênico.

Nas atas, encontramos registros que reforçam as contribuições da reunião para o acolhimento do desconforto vivenciado pelos trabalhadores. Nelas, observamos a manifestação de hipóteses e explicações sobre o sofrimento da equipe, além de propostas e caminhos para gerar alívio e produzir sentidos.

*A. precisamos falar sobre isso [sofrimento da equipe] .... Criar mais espaços para maiores conversas...A fala desembola os nós da mente (29/2015).*

*S. pergunta como é cuidar do outro se não está sendo cuidado? O que se pode pensar de autocuidado para a equipe? (29/2015).*

*J. acha que são dificuldades próprias do CAPSad... A crise não é mais no hospital psiquiátrico e sim no CAPS álcool e drogas...O CAPS acolhe e produz alívio de maus-tratos. Afirma que estamos sofrendo porque estamos proporcionando cuidado (25/2016).*

Como vimos, além de se constituir como um território de acolhimento e escuta, as reuniões de equipe podem promover integração e troca de experiências, favorecendo a construção de uma rede de solidariedade intragrupal e promovendo uma cultura colaborativa. Para Arruda e Moreira (2018), no campo da saúde, as relações interprofissionais possibilitam a construção da confiança, do respeito e da abertura da comunicação, ampliando a capacidade da equipe de criar vínculos, sendo eles os determinantes de qualidade da colaboração entre eles.

Diante do sofrimento e dos processos de combustão das equipes de CAPS, Merhy (2004) sugere que, além das supervisões clínicas e institucionais, os espaços coletivos desses serviços tenham momentos para formulação de arranjos autogeridos pelos próprios profissionais, permitindo que eles possam reordenar suas tristezas e angústias com ações de autocuidado e cuidado mútuo.

O trabalho nesse CAPSad parece ter mobilizado afetos que se estenderam para além do contexto profissional, influenciando a saúde e outras dimensões da vida. Ainda que seja impossível desvincular a vida pessoal das vicissitudes do mundo do trabalho, é viável apontar seus processos e assumir posições mais críticas e mais próximas ao compromisso de transformar e minimizar condições que influenciam o sofrimento e adoecimento dos atores envolvidos na produção do cuidado psicossocial. Obviamente, esse posicionamento não pode estar restrito ao coletivo de trabalhadores, ele ocorre em enlace com os usuários, familiares, a organização e a comunidade em geral.

#### **4. Reunião de equipe como território de educação permanente em saúde mental e redução de danos: *é preciso que a equipe se interroge à medida que acompanha os usuários***

Nesta categoria estão incluídos temas que circunscrevem o aperfeiçoamento do trabalho da equipe. Foram destacadas aqui reflexões e aprendizagens da equipe sobre o próprio processo de trabalho e cuidado e as estratégias utilizadas para a sua qualificação.

Este movimento da autorreflexão, supervisão clínica, realização de seminários, oficinas, palestras, visitas e intercâmbios com outros serviços da rede intra e intersetorial pode ser compreendido como uma dimensão do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS, enquanto conceito político-pedagógico (BRASIL, 2007), busca romper com a perspectiva tradicional da formação e qualificação em saúde e reconhece, no setor da saúde, a exigência ético-política de um processo educativo incorporado ao cotidiano das instituições de saúde.

Ao mesmo tempo em que disputa pela atualização das práticas, insere-se em uma construção de relações das equipes de saúde, das práticas organizacionais, das relações interinstitucionais e intersetoriais, implicando todos os atores envolvidos nesse processo de desenvolvimento (CECCIM, 2005). Nessa perspectiva, espera-se promover uma aprendizagem significativa que produza sentido e esteja baseada na reflexão crítica sobre o cotidiano dos profissionais em ação na rede de serviços de saúde, colocando o trabalhador no centro do processo ensino-aprendizagem (MOTTA; RIBEIRO, 2005).

Durante as reuniões, eram frequentes as articulações entre os diferentes trabalhadores, equipe da coordenação e estudantes de graduação e pós-graduação em estágio no CAPSad evidenciadas na exposição de conflitos e críticas que promoviam reflexões sobre os processos de trabalho, os planos terapêuticos e o fazer profissional, promovendo aprendizagem e desenvolvimento da equipe com base nas necessidades de saúde dos usuários e dos princípios e diretrizes políticas da clínica psicossocial e da redução de danos.

*J. afirma que é preciso que a equipe se interrogue à medida que acompanha os usuários. Por que não se consegue avançar? Sente que diante de alguns casos discutidos aparecem os problemas relacionados ao uso de drogas, o sofrimento, os sintomas, as queixas, as dificuldades da equipe e os graves problemas sociais. Porém, sente falta da história. “Quem é esse sujeito? Qual sua potência? Por quais espaços transita no território? Quem são seus vínculos? O que quer neste espaço? Nossos serviços conseguem atendê-los? É preciso escutar e acolher as demandas, minimizar os riscos e danos do uso de SPAS e promover garantia de direitos, mas também é preciso acessar este sujeito, sua história, suas articulações, anseios, implicações e desejos” (12/2014).*

Observamos acima que, diante do acompanhamento dos usuários, nem sempre existe clareza nas discussões e soluções propostas, pois os diálogos coletivos põem à prova, não os conhecimentos, mas o saber fazer profissional e seus equívocos. Trabalhadores se embarçam na articulação entre as diretrizes da atenção psicossocial e da redução e, muitas vezes, são



capturados pela magnitude das urgências, dos sintomas, dos problemas do cotidiano laboral e assistencial ou pelas suas referências de modelos técnico-assistenciais, esquecendo-se de acessar o sujeito, seus desejos, potências e implicações que direcionam a clínica psicossocial.

Para Palombini (2007), os trabalhadores dos CAPS vêm sendo afetados pela complexidade do contexto em que estão inseridos, uma vez que a construção do cuidado exige o enfrentamento cotidiano dos desafios do trabalho. Esse cuidado psicossocial requer um trabalho coletivo vivo em constante movimento de revisão dos processos assistenciais e gestão do trabalho em saúde, além de um alargamento do campo de atuação dos técnicos para um cuidado integral, sendo necessário que eles se desprendam dos paradigmas e preceitos técnico-científicos que ainda sustentam a formação dos trabalhadores da saúde mental.

As problematizações pautadas ativamente em reunião de equipe têm o potencial de contribuir para uma atuação ampliada e mais crítica dos trabalhadores no contexto do trabalho vivo, favorecendo o desenvolvimento profissional e a aprendizagem significativa. Nesse sentido, Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) reconhecem o mundo do trabalho como um espaço de aprendizagem e criações capazes de alterar conceitos, percepções e afetos, essenciais para produzir deslocamentos e mudanças institucionais. Assim, a educação no contexto do trabalho deve ser um instrumento permanente que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde.

*B. fala que as suspensões de usuários [solução encontrada pela equipe para lidar com algumas situações de violência envolvendo usuários como agressões físicas, ameaças a vida e dano ao patrimônio público] não estão funcionando e têm interferido muito no tratamento. C. argumenta que nem todos os técnicos estão de acordo com as suspensões, e ele mesmo, embora já tenha suspenso usuários, vê a suspensão mais como dificuldades da própria equipe do que como proposta de construção de limite. Ressalta sobre a dificuldade em tomar as agressões físicas e verbais, o dano ao patrimônio e o desrespeito no contexto álcool e drogas como questões clínicas[...] não dá para pensar em uma única crise, são muitas crises deflagradas com diferentes sentidos (19/2015).*

*Y. acha importante repensar a questão da suspensão e dos manejos que a equipe tem feito nas situações de crise. Criar mecanismos diante dos usuários para certas situações de tensão. K sugere intensificar conversa sobre crise nas assembleias e no acolhimento de novos usuários. B propõe trazer Marcus Vinícius da 'Clínica, com quê' [6] para auxiliar nas discussões, trabalhar com a equipe utilizando o Teatro do Oprimido.*

---

<sup>6</sup> O psicólogo e professor Marcos Vinícius Oliveira da Silva (Marcus Matraga) foi um importante militante dos direitos humanos e da luta antimanicomial no Brasil que desenvolveu um trabalho de supervisão clínica, aberta e

*mido* [ 7], *convidar o Corra pro Abraço* [ 8], *o Consultório na Rua, a Unidade de Saúde da Família, o Centro de Referência em Assistência Social do Território, outros CAPS e demais parceiros da rede* (28/2015).

Observamos, acima, questionamentos sobre o processo de cuidado da própria equipe e a tentativa de maior implicação dos usuários através das assembleias, além da busca ampliada na rede intersetorial de caminhos para lidar com as dificuldades vivenciadas no CAPSad. Posteriormente, depois de constantes tensionamentos, reflexões e diálogos com os usuários e com a rede de atenção psicossocial, a utilização da “suspensão” como recurso de intervenção em situações de crise foi repensada pela equipe interprofissional. Pensar a atenção psicossocial e a redução de danos vai além da concepção espacial (cuidar dentro e cuidar fora da estrutura física do CAPSad). Nesse sentido, a “suspensão” não poderia restringir o direito de acesso aos serviços de saúde, cabendo à equipe desenvolver estratégias que garantissem a continuidade do cuidado do usuário.

Um dos grandes desafios do cuidado em saúde mental e redução de danos é o manejo de crises. As equipes, na maioria das vezes, apresentam-se impotentes ou expressam condutas extremas ou pragmáticas, como contenção física, suspensão ou internações. Esses manejos, no entanto, embora sejam adotados com frequência pelas equipes de saúde mental, são restritivos às múltiplas possibilidades para lidar com as diferentes crises no contexto da saúde mental, álcool e drogas. Cada usuário tem especificidades e exige da equipe constante reorganização do trabalho assistencial. Para Ayres (2004), o próprio conceito de cuidado passa por um momento de crise. O autor ressalta ainda que há uma imprevisibilidade no ato de cuidar sendo necessário criatividade, diálogos e revisão constante na construção de alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde.

Os coletivos nos quais o modo de trabalhar é atravessado pela grupalidade interdisciplinar possuem um caráter político, pois influenciam relações de poder ao redefinirem tarefas, reavaliarem condutas e proporcionarem circulação de saberes (PASSOS; BARROS, 2000).

---

gratuita, à rede de atenção psicossocial de Salvador-BA. Em 2015, a equipe do CAPSad o convidou para discutir o manejo de crises com usuários de drogas, sobretudo a questão das suspensões nos serviços substitutivos. O encontro foi precursor do seminário livre (Clínica, com quê?) promovido por ele: "Impasses na RAPS: atos administrativos-disciplinares são aplicáveis aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial? São legais? São legítimos? São necessários?". Em 2016, o professor foi assassinado e o seu projeto interrompido. No momento, muitos dos seus parceiros e parceiras utilizam cotidianamente seus métodos e princípios antimanicomialis.

<sup>7</sup> Método teatral que reúne exercícios, jogos e técnicas teatrais elaboradas pelo teatrólogo brasileiro Augusto Boal. Um dos seus objetivos é a transformação da realidade através do diálogo (tal como Paulo Freire pensou a educação) e do teatro (BOAL, 2005).

<sup>8</sup> Programa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia que trabalha com redução de danos e promoção de direitos de pessoas em contextos de vulnerabilidade em decorrência do uso e/ou criminalização das drogas.

Essas revisões constantes configuram-se em práticas de ensino-aprendizagem e são consideradas o núcleo dos processos de EPS, pois significam a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde com base na realidade vivida pelos trabalhadores, usuários, estudantes e gestores, tendo os problemas enfrentados no dia a dia dos serviços e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIM; FERLA, 2009).

A EPS como política pública e estratégia de desenvolvimento profissional/assistencial, promove uma discussão sobre a educação pelo trabalho e o compromisso ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS. No entanto, cabe ressaltar que, no momento em que o trabalho no Brasil encontra-se cada vez mais instável e precarizado e a Consolidação das Leis Trabalhistas fragilizada pelas mudanças da reforma trabalhista instrumentalizada pela Lei Nº 13.467 de 2017, colocar o trabalhador como o principal responsável pelas mudanças do sistema, desconsiderando as condições estruturais que têm grande impacto na qualidade dos serviços de saúde, pode ser um risco para a assistência, para o trabalhador e para o trabalho no SUS, sendo necessário equilibrar as responsabilidades através da articulação entre governos, trabalhadores, usuários e população em geral (LEMOS, 2016).

De modo geral, podemos afirmar que os trabalhadores dos CAPSad desenvolvem um plano de cuidado ideal, pautado nas pactuações prévias com os usuários, suas necessidades e possibilidades de ações no serviço e no território e, um plano real, aquilo que é possível realizar, sem a criminalização do desejo (pela condição de uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas). A socialização da experiência desses trabalhadores no espaço da reunião de equipe possibilita uma ampla reflexão sobre a potência e os limites do cuidado em saúde mental e redução de danos e convida os profissionais para novas experimentações e produção de diferentes formas de cuidar das pessoas em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas. Ademais, convoca esses trabalhadores a mobilizarem os usuários e a comunidade para a reflexão crítica, contextualizada e colaborativa desses aspectos que impactam não só no processo de trabalho, mas sobretudo, na dimensão política e assistencial das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e que utilizam o CAPSad.

### **Considerações finais**

No conjunto das atas analisadas, pode-se observar como funções da reunião de equipe: a) a comunicação e o compartilhamento de vivências cotidianas dos trabalhadores; b) a promoção de trocas, tensionamentos, encontros e desencontros dos modos de pensar, decidir e operar o cuidado; c) apoio diante do sofrimento dos trabalhadores com potencial de fortalecer

os laços de solidariedade e colaboração profissional; c) educação permanente que promove aprendizagem e desenvolvimento dos trabalhadores.

Essas funções são produzidas a partir da integração entre o corpo social da reunião (pessoas, vínculos, relacionamentos, disputas, comunicação e participação), os campos e núcleos de conhecimentos e práticas e as estruturas e dinâmicas institucionais, configurando-se como um território-ponte dos processos de trabalho e cuidado dessa comunidade de trabalhadores.

O trabalho assistencial no CAPSad, no entanto, envolve situações complexas para além dos espaços institucionais formais e dos planejamentos sistematizados. Os desafios em atender as necessidades dos usuários a partir do coletivo, colocaram as dimensões subjetivas e relacionais dos processos de trabalho da equipe como pauta de destaque frequente nas discussões.

Em relação às categorias de análise, faz-se necessário destacar que, neste estudo, essa divisão é uma organização de natureza didática, uma vez que determinados elementos podem ser contemplados em mais de uma categoria e o processo de análise aproximou-se de uma proposição de inferência de conteúdos latentes, tendo como referência analítica a produção de sentidos.

A quantidade de informações, o conteúdo das atas e o fato de terem sido lavradas, o que permitiu apenas o registro de fragmentos das falas e as decisões, também podem ser considerados limitações. Esses aspectos foram minimizados pela condição de o pesquisador ter participado das reuniões de equipe, já que ele trabalhou na CAPSad, no período analisado, e vivenciou a dinâmica dos encontros e dos temas abordado nos documentos.

Apesar das reflexões acima circunscreveram a realidade de um CAPSad e a singularidade de um contexto específico, acreditamos que as considerações apresentadas podem revelar aproximações com a realidade de outros serviços de saúde mental.

Ao compreendermos a reunião de equipe como território de conexões, podemos vislumbrar a sua potência como produtora de sujeitos-trabalhadores caminhantes, postos em movimento pela dinâmica do trabalho vivo. Um território-ponte entre cuidados, fazeres, descuidos e desfazimentos que não necessariamente obedecem às lógicas instituídas, reprodutivas e instrumentais frequentes nas teorias clássicas sobre processos de trabalho e gestão em saúde mental, mas que, ao produzirem o saber fazer em ato, apontam outros caminhos, quiçá alternativos e substitutivos ao manicômio e ao proibicionismo *a ponte não é pra ir, nem pra voltar, a ponte é somente atravessar, caminhar sobre as águas desse momento* (LENINE, 1997).

## Referências

- ARAUJO, IS.; CARDOSO, JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 2007. 148p ISBN 978-85-7.547-309-8.
- ASSUNÇÃO A A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da Saúde - ASSUNÇÃO, Ada Ávila; (org.); BELISÁRIO, Soraya Almeida (org.). Belo Horizonte: NESCON, 2012. 40p.
- ARRUDA, L S; MOREIRA C O F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. Ver Interface comunicação e saúde. 2018; 22(64):199-210.
- AYRES, J R C M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface - Comunicação, saúde, educação, 8(14), 73-92. (2004). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em: 01maio 2019.
- BARROS R B. O dispositivo grupal no processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: Amaranante P, organizador. A loucura da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 277-83.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997. 176.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015.
- BOAL, A. Teatro do oprimido e outras poéticas políticas. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 2005.
- BUDDE, M F P; ARAÚJO, T M. Processo laboral e saúde dos trabalhadores em centros de atenção psicossocial. In Tópicos especiais em saúde ambiente e trabalho: um olhar ampliado - FERNANDES R C P; LIMA, T A G; ARAUJO, T M (Org). Ed Edufba, 2014.
- CECCIM, R B; FERLA A A. Educação permanente em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 01 jun. 2019.
- CECÍLIO L C O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface – Comunicação, Saúde e Educação v 11, n22 p. 345-63; 2007.
- CLOT, Y. A função psicológica do trabalho. Ed Vozes. Petrópolis – 2006.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7. Acesso em: 01 maio 2019.

D'AMOUR D, FERRADA-VIDELA M, SAN MARTIN RODRIGUES L, BEAULIEU M D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. *J Interprof Care*. 2005; 19 Supl 1:116-31.

DEJOURS, C. ET AL. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2009.

DEJOURS, C.. Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, 14(3), 27-34. (2004). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>. Acesso ?.

ESQUINSANI, R.S.S. As atas de reuniões enquanto fontes para a história da educação: pautando a discussão a partir de um estudo de caso. *Educação Unisinos* 11(2):103-110, maio/agosto 2007.

FRANCO, T B. Micropolítica da gestão e trabalho em saúde. In *Políticas de saúde (Orgs): ABRAHAO AL; FRANCO T B; MAIA C*. Niterói: Uff. Cead, 2016. p. iSbn: 978-85-62007-43-9.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 6. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FURTADO J P; ODA W Y; BORYSOW I C; KAPP S. A concepção de território na saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(9):e00059116, set., 2016.

KVARNSTRÖM S R N,. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Cuidados*. Volume 22, 2008 - Edição 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820701760600>. Acesso em: 3 jan. 2019.

LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.

LANCETTI, A. *A Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2007.

LANCMAN, S. (Org.). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15, 2008. 224 p.

LEMOS C L S. Educação Permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):913-922, 2016.

MILHOMEN, M A G C.; OLIVEIRA, A G B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial. *Cogitare Enferm* 2007 jan./mar.; 12(1):101-8.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. (2004). O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Recuperado em: 13 de fevereiro 2010 em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>.

MERHY, E. A organização não existe. A organização existe: uma convesra da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. Ed Hucitec. L'ABBATE S., MOURAO, L C., PEZZATO L M. Organizadoras. (2013).

MERHY EE, FEUERWERKER LCM, CECCIM RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva* 2006; 2(2):147-160.

MOREIRA, S.V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MINAYO M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Colaboremos por la salud*, 2006. Disponível em: <[www.who.int/world-health-day/previous/2006/es/index.html](http://www.who.int/world-health-day/previous/2006/es/index.html)>. Acesso em: 13 jan. 2019.

PALOMBINI A L. Planejamento e Gestão Coletiva do trabalho no CAPS: uma experiência de supervisão. IN *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Diálogos em Psicologia Social: Rio de Janeiro 2007*. Disponível em: [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab\\_completo\\_313.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_313.pdf). Acesso em 01 maio 2019.

PASSOS E; BARROS R D B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In *Psicologia: teoria e pesquisa*. v 16. N 1 p 77-71, Brasília – 2000.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, 1(1): 75- 91, 2003.

PINHO E S; SOUZA A C S; ESPERIDIÃO E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1):141-151, 2018.

PIMENTAL O L M; QUEIROGA L. *A Ponte. Interprete: Lenine. Álbum: O dia em que faremos contato*. Gravadora Sony BGM (1997).

RIBEIRO, C.J.S. *Plano Grupal Transdisciplinar: Cartografando uma equipe de saúde mental*. [dissertação]. Univesidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. 2002.

ROWLANDS S, CALLEN J. A qualitative analysis of communication between members of a hospitalbased multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care*. 2013; 22(1):20-31.

RAMMINGER, T; BRITO, J C. "Cada caps é um caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicol. Soc.* [online]. 2011, vol.23, n.spe [cited 2019-01-27], pp.150-160. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400018&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0102-7182. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>. Acesso em 20 jan. 2019.

SANTOS E O; COIMBRA VCC; LANTORSKI LP et al. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. J. res.: fundam. care. online 2017. jul./set. 9(3): 606-613. ISSN 2175-5361. Acesso em: 15 de mar. 2019.

SANTOS EO; COIMBRA VCC; KANTORSKI LP; et al. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. Rev Fund Care Online. 2017 jul./set.; 9(3):606-613. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613>.

SMITH, D. R.; LEGGAT, P. A; ARAKI, S. Emerging occupational hazards among health care workers in the new millennium. *Industrial Health*, 45(5): 595-597, 2007.

SOUZA ML. Conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2013.

TOMIZAWA R, SHIGETA M; REEVES S. Framework development for the assessment of interprofessional teamwork in mental health settings. *Journal of Interprofessional Care*, Volume 31, 2017 - Issue 1. Published online: 16 Nov 2016 Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233098> Acesso em: 3 de jan. 2019.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015.



### 6.3 Artigo 3 - ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. Submetido na Revista Saúde em Debate.

----- Forwarded message -----

De: Mariana Chastinet via Saúde em Debate <[saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br](mailto:saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br)>

Date: ter, 29 de out de 2019 8:58 PM

Subject: [SD] Agradecimento pela submissão

To: GERFSON OLIVEIRA <[gerfson@gmail.com](mailto:gerfson@gmail.com)>

GERFSON OLIVEIRA,

Agradecemos a submissão do trabalho "Coringas do cuidado: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental" para a revista Saúde em Debate. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/3344>

Login: gerfson

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

[revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

**Título: ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental**

**Autores: OLIVEIRA, G M; DALTRO, M R**

**Resumo**

A partir do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, o campo da saúde mental tem sido marcado pela importância do debate teórico-prático e político sobre a interprofissionalidade, devido à complexidade dos cuidados psicossociais. Nesse contexto, as transformações laborais colocam em relevo as identidades individuais e coletivas dos profissionais. Este estudo discute e analisa o trabalho em equipe de um grupo de trabalhadores da saúde mental como território de constituição de identidades coletivas que podem dar suporte a um fazer clínico interprofissional sintônico às demandas da reforma psiquiátrica. Pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa realizada com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial localizado em Salvador-Bahia. Foram realizados grupo focal e pesquisa com documentos e, posteriormente, analisados os seus conteúdos. Como resultados identificou-se três categorias analíticas que circunscreveram a identidade coletiva dos trabalhadores: os embaraços da coesão grupal, os corpos-coringas do cuidado e as insuficiências da equipe para o cuidado integral. A práxis, nesse contexto, está marcada pela lógica da interprofissionalidade, entretanto, assim como a reforma psiquiátrica, o modo interprofissional não está pronto e acabado, ele se constrói como um exercício no cotidiano assistencial.

**Palavras-chave:** Interprofissionalidade. Equipe de cuidado em saúde. Saúde mental.

## **‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental**

### **Introdução**

A partir do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, o campo da saúde mental tem sido marcado pela importância do debate teórico-prático e político sobre a interprofissionalidade, devido à complexidade dos cuidados psicossociais. Nesse contexto, a Lei nº 10.216 de 2001 redireciona o modelo assistencial em saúde mental, rompendo com os fundamentos asilares realizados pelos hospitais psiquiátricos nos quais os pacientes, em regra, permaneciam institucionalizados.

O paradigma da desinstitucionalização aposta na reinvenção da saúde mental, na produção de vida e sociabilidade que amplia e complexifica os modelos assistenciais. Desse modo, o paciente que outrora era visto como objeto de intervenção de um saber predominantemente psiquiátrico, começa a construir diferentes lugares sociais, requisitando reconhecimento e autonomia para além da doença, como um ser capaz de reinventar-se com maior protagonismo diante das suas condições de saúde (MILHOMEM, 2007). Os serviços públicos estratégicos para articulação do cuidado psicossocial no país, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, são os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS em suas diversas especificidades, entre elas, os CAPS álcool e drogas (CAPSad), voltados para a assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

Especificamente na modalidade do CAPSad, contexto de realização deste estudo, para dar continência aos projetos terapêuticos dos usuários, as equipes são orientadas a operar na lógica das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas que foram impulsionadas pelos princípios da reforma psiquiátrica (RP) e da luta antimanicomial e implementadas com o processo de democratização da saúde pública no país (PITTA, 2011).

Conforme portarias do Ministério da Saúde, as equipes técnicas de um CAPS são multiprofissionais e distribuem-se conforme a sua modalidade (BRASIL, 2002). No CAPS em estudo, até o ano 2017, a equipe era composta por médico clínico, psiquiatra, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, farmacêutico, terapeuta ocupacional, redutores de danos, administrador e assistentes administrativos.

A composição das equipes multidisciplinares e multiprofissionais também representam avanços importantes em relação à lógica manicomial de atuação profissional especializada. Embora sejam termos semelhantes, Reeves (2005) aponta diferenças entre os termos multidisciplinar e multiprofissional, afirmando que o primeiro está relacionado a diferentes campos de conhecimento ou áreas de estudo e o segundo faz referência ao campo de práticas, sendo que ambos mantêm uma relação de interdependência.

O trabalho interprofissional em saúde é dinâmico e consiste no desenvolvimento de uma prática convergente entre os trabalhadores de diferentes áreas e funções, visando responder às necessidades em saúde de uma pessoa ou uma comunidade. Contempla, portanto, aspectos relacionais, processuais e territoriais do trabalho que envolvem diversos conceitos como cooperação, práticas colaborativas e trabalho em equipe, sendo esse último permeado por dimensões afetivas. O trabalho em equipe ocorre com intensa interdependência de suas ações, uma vez que o coletivo de trabalhadores compartilha uma identidade de equipe (PEDUZZI, 2009; REEVES, 2018).

No âmbito da atenção psicossocial, essas transformações laborais colocam em relevo uma identidade de profissional da saúde mental que retoma os discursos da década de 1960, na qual emergiram políticas de identidade atreladas aos movimentos sociais. Tais políticas concentraram-se em afirmar a identidade cultural das pessoas, grupos e instituições, fundamentada na ideia do pertencimento (BAUMAN, 2005).

Na perspectiva dos estudos culturais, o conceito de identidade (individual e coletiva) é construído em relação à diferença, sendo, portanto, um construto relacional, ou seja, necessita de outras identidades. Tanto a identidade quanto a diferença são concebidas como produções históricas e socioculturais, o que se contrapõe à ideia essencialista de identidade (SILVA, 2000).

Embora algumas linhas de pesquisas das ciências sociais contemporâneas questionem o conceito de identidade, sobretudo pelo seu caráter difuso e polissêmico, elas reconhecem a sua relevância para a compreensão do funcionamento de grupos e coletivos e na construção e consolidação de políticas identitárias protetivas de seguimentos populacionais marginalizados (BRUBAKER & COOPER, 2018).

Este estudo discute e analisa o trabalho em equipe de um grupo de profissionais da saúde mental, como território de constituição de identidades coletivas que podem dar suporte a um fazer clínico interprofissional sintônico às demandas da reforma psiquiátrica brasileira.

## **Método**

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), no âmbito das ciências sociais em saúde, a pesquisa qualitativa busca compreender a construção de uma realidade que se processa em uma dimensão não facilmente quantificável ou que a quantificação represente uma perda considerável de informações subjetivas úteis.

O estudo foi realizado em um CAPSad, localizado em Salvador-Bahia-Brasil. As técnicas utilizadas para a produção de dados foram a análise de documentos institucionais (Projeto Terapêutico Institucional – PTI) e a realização de um grupo focal. Em cada uma dessas abordagens, foram elaborados roteiros para orientar a realização do trabalho. A escolha desse CAPSad ocorreu pela disponibilidade de acesso do pesquisador ao centro, que já tinha atuado como coordenador técnico-pedagógico nos anos 2012 a 2017. Na pesquisa qualitativa, a presença do pesquisador no contexto em estudo e sua relação de intersubjetividade com os grupos investigados é parte essencial do processo da pesquisa, demandando permanente reflexividade sobre os seus acontecimentos e efeitos no contexto empírico, perspectiva que valoriza a produção científica e fortalece a práxis profissional (MINAYO, 2014; FREIRE, 2016).

A técnica de grupo focal utilizada na coleta de narrativas consiste em reunir pequenos grupos de pessoas para avaliar, discutir e identificar ideias, conceitos, sentimentos, percepções e atitudes dos participantes sobre determinados temas. A partir da expressão, os participantes podem fazer associações favorecendo a diversidade e profundidade de respostas (STALMEIJER, et al., 2014).

O grupo focal foi composto por oito trabalhadores do CAPSad: três redutores de danos, três profissionais de nível superior e dois técnicos administrativos. Para inclusão no estudo, utilizou-se como critérios: a participação voluntária, trabalhar no centro há mais de um ano, diversidade nos núcleos de formação e funções e a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, foi realizada uma sessão de grupo focal com duração aproximada de 90 minutos em sala reservada na sede da própria instituição, garantindo-se condições adequadas de conversação e sigilo dos participantes (BACKES et al., 2011).

Os trabalhos de grupo foram conduzidos pelos autores que se distribuíram entre a moderadora e o observador. A opção por essa divisão de tarefas fundamentou-se no cuidado para minimizar possíveis induções (conscientes e/ou inconscientes) na condução da pesquisa (MINAYO, 2007), uma vez que o autor-observador já havia trabalhado com o grupo de participantes na função de gestor. Depois dos esclarecimentos sobre a finalidade do encontro e

assinatura do termo, solicitou-se permissão para gravação em áudio em dois equipamentos distintos. Houve garantia de anonimato dos participantes e sigilo da autoria das respostas.

O roteiro usado na sessão foi composto por duas perguntas disparadoras: como acontece o trabalho em equipe nesse CAPSad? e quais as facilidades e dificuldades de trabalhar em equipe nesse CAPSad?

As audiografações com os relatos do grupo foram transcritas na íntegra e, posteriormente, conferidas com as observações realizadas pelo pesquisador, buscando-se evidenciar os temas emergentes da discussão entre os participantes. Esses temas foram obtidos mediante a apreensão das unidades de significado presentes, reunidos no discurso dos trabalhadores participantes do grupo focal, e analisados conforme sua pertinência em relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe, suas facilidades e dificuldades. Por definição, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2007 p. 316).

Foi observada a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública, sob o parecer nº 2809.812; CAAE 90497418.0000.5544. Para preservar o sigilo dos profissionais, no fim de cada transcrição, foi acrescentada a codificação dos oito participantes do grupo focal com a letra “P” (profissional) seguida do algarismo numérico (P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8).

## **Resultados e discussão**

Para a equipe do CAPSad, tomado como cenário para o desenvolvimento desta pesquisa, a práxis nesse contexto está marcada pela lógica da interprofissionalidade, uma vez que, não obstante as disputas e tensões, os profissionais de diferentes formações e funções trabalham de forma colaborativa. Esse modo interprofissional, entretanto, não está pronto e acabado, ele se constrói como um exercício no cotidiano profissional.

O CAPSad constitui-se como serviço docente-assistencial. Fruto de uma parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), nasceu ancorado num contexto sociocultural, econômico e político marcado pelo aumento do uso problemático de álcool, crack e outras drogas no município, particularmente no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador-Bahia. Trata-se de um território complexo, historicamente marcado por muitas contradições e potencialidades expressas pela presença significativa da cultura afro-brasileira, pela violência e exclusão da população negra, marcada

por desigualdades sociais, com serviços básicos precários, racismo, atividade de geração de renda informal e que ainda abriga populações com vulnerabilidades psicossociais importantes, muitas delas com baixo poder aquisitivo e um número elevado de pessoas em situação de rua.

Com esse cenário, a equipe do CAPSad tem, segundo o Plano Terapêutico Institucional – PTI, o compromisso técnico de “oferecer uma clínica ampliada através de equipe multidisciplinar [...] adotando estratégias de cuidado articuladas com o usuário no serviço e no seu território de referência” (BAHIA, p.14, 2015). Esse documento técnico de orientação para o trabalho expressa a necessidade de múltiplos profissionais e utiliza os termos interdisciplinar ou multidisciplinar como sinônimos para se referir ao trabalho interprofissional.

Entre outras considerações referentes aos processos de trabalho em equipe, o documento sinaliza sobre a necessidade de realização periódica de reuniões técnicas e assembleia com usuários, composição e atribuições da equipe multiprofissional distribuída entre profissionais de nível médio e superior, ressaltando como possibilidade a realização de supervisão clínica-institucional (dispositivo organizacional destinado à discussão das questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de saúde mental) como condição para o desenvolvimento do trabalho em equipe (BRASIL, 2005).

A concepção de interprofissionalidade nasceu no âmbito da formação de profissionais da saúde. A educação interprofissional em saúde (EIP) tem como princípios criar contextos de aprendizagem em que os trabalhadores da saúde aprendam conjuntamente sobre o trabalho, sobre as especificidades de cada profissão e função, sobre a integração dos saberes e a ampliação do olhar sobre o cuidado aos pacientes. A interprofissionalidade, portanto, sustenta-se no trabalho da equipe; um trabalho de saberes interdisciplinares confeccionado com processos de negociação e integração relativos às tomadas de decisão para a solução de problemas dos usuários e atendimento das necessidades biopsicossociais das populações assistidas. Preserva-se, nessa prática, a história, as diferenças e disputas de cada uma das profissões.

Para Batista (2012), essa proposta educacional (ancorada na relação) focaliza o desenvolvimento de competências colaborativas, de planejamento participativo, exercício de diálogo, tolerância e negociação. Entretanto, a educação interprofissional em saúde ainda é uma realidade distante na maioria dos cursos de formação em saúde, sendo esse, um dos desafios para os profissionais atuarem sob a lógica interprofissional.

A análise das narrativas produzidas no grupo focal identificou que a experiência do *'fazer-se equipe'* no CAPSad coloca a interprofissionalidade no centro do exercício de existir

como equipe. Assim, três categorias analíticas emergiram circunscrevendo a identidade coletiva dos trabalhadores: os embaraços da coesão grupal – o olhar para dentro; corpos-curingas do cuidado – os furos do instituído e as insuficiências da equipe para o cuidado integral – o olhar para fora.

### **Os embaraços da coesão grupal – o olhar para dentro**

Na dimensão coletiva do trabalho, emergiram conteúdos que referenciavam como as expectativas individuais circulavam em confronto com as expectativas coletivas.

*É meio que esperado que no CAPS você vai trabalhar em equipe, já é um pressuposto que você vai funcionar como equipe [...] só que, pra isso, você vai depender das pessoas que estão compondo, vai depender de um monte de fatores, um monte (P-1).*

*Na prática, nem sempre é o que a teoria fala do trabalho em equipe. A gente entra muito no pessoal no momento de seguir as determinações e acordos, tem problemas de comunicação, ações desarticuladas, falta de planejamento, conflitos (P-8).*

Um conjunto de fatores emergem como reais impeditivos para a práxis em equipe. Abuhad e colaboradores (2005), alertam sobre as contradições entre os discursos e as práticas do trabalho em equipe nos CAPS, enfatizando dificuldades no âmbito político, organizacional e relacional como, por exemplo, características das políticas governamentais, poder de articulação e pertencimento das equipes, capacidade de planejamento dos trabalhadores, conflito nas relações de poder entre os trabalhadores da saúde mental, ruídos de comunicação, foco excessivo na tarefa e falta de apoio gerencial aos processos de desenvolvimento organizacional.

Dessa forma, os processos de trabalho envolvendo as equipes dos serviços substitutivos são constantemente afetados pela complexidade do cotidiano em que se encontram inseridos, sendo-lhes exigido o enfrentamento cotidiano dos impasses acima citados. O cuidado psicossocial nos CAPS requer uma trama delicada em que a clínica e a gestão do trabalho em equipe, embora operem sob lógicas próprias, formam um mesmo tecido assistencial (PALOMBINI, 2007).

Imerso nesse cotidiano marcado por encontros e desencontros, o trabalho em equipe na saúde mental demanda tempos distintos de compreensão, integração e intervenção e, mesmo, de sustentação do não saber ‘o que fazer’, seja no início ou ao longo dos processos de atendimentos de casos mais complexos que não respondem aos investimentos da equipe. Para Endo (2017), embora as diretrizes de funcionamento do cotidiano institucional dos CAPS estejam descritas nos documentos institucionais e nas portarias do SUS, as mudanças



propostas pela RP ainda produzem dissoluções identitárias nos técnicos e ambivalências diante dos desafios de se construir coletivamente um cuidado diversificado, amplo e integrado que acolha e auxilie o deslocamento do sujeito em sofrimento com seus complexos, necessidades e singularidades.

No CAPSad em estudo, as capacidades de pactuação e flexibilidade para o trabalho em equipe emergiram como estratégias de enfrentamento alternativas para construção de cultura de trabalho coletivo em atenção psicossocial.

*Uma equipe coesa, ela não precisa ter as mesmas ideias e aceitar da mesma forma o que é proposto pelos diferentes profissionais, né? [...], mas ela precisa fazer articulações em prol daquele cuidado [...] mesmo que nem sempre acerte. É desta forma que tentamos trabalhar aqui (P-2).*

A análise desse campo social nos permite perceber diferenças entre os trabalhadores e como cada um deles pode posicionar-se diferentemente, de acordo com o papel social que está protagonizando, ainda que sob condições de imprevisibilidade. Nessa perspectiva, os Estudos Culturais consideram que, em diferentes contextos sociais, diferentes identidades se precipitam (HALL, 1997). “O trabalho aqui é formado por diferentes, por múltiplas racionalidades [...] são várias clínicas aqui no CAPS: a do médico, do enfermeiro, do psicólogo, da assistente social e, assim, vai” (P-3).

Assim, o trabalho em equipe é afirmado pelos profissionais a partir da diversidade clínica. A operacionalização do processo de trabalho e cuidado, bem como a formação identitária da equipe desse serviço estiveram constantemente atravessadas por um conjunto de crenças, técnicas e saberes. Relatos de uma multiplicidade de visões, versões e soluções diferentes sobre determinadas situações cotidianas emergiram no grupo e afirmaram que a forma singular de pensar o trabalho gerava tensionamentos diante das exigências de condutas alinhadas entre os profissionais.

*Mas a gente tem toda essa quantidade grande de signos sociais que interferem no nosso dia a dia, que informam quem a gente é, quem a gente diz que é e tudo isso interfere em como a gente pensa o trabalho [...] mesmo com as desavenças em não concordar com a fala ou a conduta do colega (P-4).*

Essa diversidade nas formas de trabalhar e cuidar traz novos desafios à perspectiva identitária que circunscreve esses fazeres. O CAPSad é uma instituição cujos princípios oferecem ao trabalhador a possibilidade de exercer graus distintos e variados de escolha e autonomia para manejar um variado repertório de recursos simbólicos (LANCETTI, 2015).

Afirma-se, portanto, que nesse contexto laboral, com suas regras, serviços e bases epistemológicas, determinados tipos de identidade profissional são produzidos.

Em uma equipe de trabalho, podemos identificar a circulação de duas concepções de identidade: a essencialista, que trata de representar a unidade comum de uma história construída no tempo e no interior de um território como, por exemplo, ser médico, psicólogo ou redutor de danos; identidades construídas no filtro de representações hegemonicamente pactuadas a partir de referenciais gerais de uma cultura que diferencia uma identidade de outra. A segunda concepção, a não essencialista, focaliza as diferenças, o movimento de *tornar-se*, afirmando posições de sujeitos e identidades que não se produzem por sistemas unificados, mas a cada contexto e em cada tempo (WOODWARD, 2014): *bom, não tem um manual de como tem que funcionar o trabalho em equipe no CAPS [...] no final das contas é a equipe que se monta, ela é o resultado da interação entre os profissionais* (P-1, grifo nosso).

Nas narrativas identificadas, coloca-se como campo de sustentação esse ‘tornar-se’, revelando um permanente movimento de deslocamento e autoconstrução dos trabalhadores. Para Giddens (2002), as identidades contemporâneas estão em constante reformulação, tendo em vista a rapidez e quantidade de novas informações que precipitam um cotidiano de imprevisibilidade e consequente revisão de práticas sociais.

O trabalho em equipe se expressa, portanto, como um território que produz representações dos sentidos do trabalho a ser desenvolvido por cada profissional. Nesse processo de interação, diferentes significações são produzidas por distintos sistemas simbólicos. Seus discursos e representações contestadas e conflitantes constroem lugares nos quais os sujeitos podem se posicionar e falar (WOODWARD, 2014).

### **Corpos-curingas do cuidado (os furos do instituído)**

A vida profissional contemporânea demanda uma diversidade de papéis e posições, o que implica dizer que distintas representações identitárias podem entrar em conflito. No trabalho em equipes de saúde mental, uma prática social marcadamente simbólica, um conjunto inumerável de identidades se expressam de maneira diversa e vacilante.

*No CAPS, essa clínica meio que pressupõe um desvio de função [...] você não vai fazer aquela descrição exata do que está descrito na sua profissão lá, não dá pra trabalhar em CAPS só desta forma [...] na verdade a gente se sente meio curinga no CAPS (P-1).*

Observamos aqui o símbolo do curinga como metáfora compreensiva das funções profissionais dessa equipe. Podemos dizer que a palavra “curinga”, desde o dicionário de língua portuguesa (FERREIRA, 2010), possui diferentes nomes e representações pelo mundo,

porém, o seu núcleo de significações manteve-se praticamente preservado na base histórica da cultura ocidental e está fortemente associado à imprevisibilidade, improvisação, provocações e revelações (BRONDANI, 2014). Tais características aproximam-se do dinamismo ambivalente da equipe de trabalho desse CAPSad em perspectivas interdependentes.

A primeira representação relaciona-se ao jogo de cartas, na qual o curinga é aquela carta que substitui outras. Assim, o trabalhador curinga seria aquele que ‘flexibiliza’ a função exercendo ‘outras’ atividades fora do seu núcleo de formação, aquele que denota ambivalência e versatilidade, ligando os sujeitos e coletivos a dois mundos: o cotidiano das coisas instituídas, em que se está presente na maior parte do tempo e o mundo imaginativo e inusitado que nos retira da inércia cotidiana (NOGUEIRA; VELOSO, 2012).

A ‘flexibilização’ aqui apresentada não tem correlação como a flexibilização das relações de trabalho em seus modelos de contratação que, *via de regra*, fragilizam a proteção social do trabalhador da saúde e precarizam as condições laborais, conforme apontam os estudos de Vazquez (2008). Também não propõe a substituição de um trabalhador por outro, visto que a divisão técnica e jurídica do trabalho prevê que cada profissional seja orientado por um corpo de conhecimento que legitime sua prática, incorporando a ela, valores, competências e relevância social (FREIDSON, 2001). Trata-se, entretanto, de uma posição atitudinal do trabalhador frente às exigências do manejo de cuidado com os usuários do serviço de saúde mental.

No âmbito da saúde, Campos (2000) ressalta que o trabalho das equipes estrutura-se em núcleos e campos de saberes e práticas, em que o núcleo está ligado aos conhecimentos técnicos e as funções mais específicas, e o campo a saberes e fazeres comuns aos trabalhadores que produzem o cuidado e eles estão em constante movimento dialético exigindo dinamismo e flexibilidade do trabalhador.

Imageticamente, o curinga é representado por aquele cujas palavras e ações tocam a realidade vivenciada, desvelando e expondo frágeis estruturas sociais estabelecidas (BRONDANI, 2014). Dessa forma, a articulação do trabalho dessa equipe tensiona o campo social e produz conflitos nas relações com quem ‘não quer saber’, dando visibilidade a essa população estigmatizada e excluída com a intermediação de acesso ao cuidado, aos serviços e aos direitos.

*A gente está sempre atento nos cuidados dentro e fora do serviço, a gente tem que também está fazendo de tudo, é um trabalho delicado porque trabalhamos com usuário de drogas, gente em situação de rua que a família e a sociedade nem quer saber, e isso nos afeta muito (P-5).*

Na perspectiva psicossocial, a equipe ‘atenta’ e intensifica o investimento humano com seus corpos, com presença clínica e vincular como tecnologias de cuidado em prol dos sujeitos usuários e suas necessidades. ‘Fazer de tudo’ não significa atender a todos as demandas, corresponde ao esforço para agenciar relações de cuidado que favoreçam a construção de autonomia, a garantia de direitos e o bem-estar clínico dos usuários, dimensões essas que se distinguem, mas não se separam, conforme propostas de Silva (2007), em pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental (LEV) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Dessa forma, a equipe de trabalhadores impregna-se continuamente de afetações, intensidades e transmutações, atualizando-se em coletivos de corpos porosos, disformes e ambíguos que transbordam no encontro com o outro, tal qual o bufão, uma das insígnias do curinga na cultura ocidental (FERRAZ, 2015). A autora supracitada recorre a Deleuze & Guattari (2012) para falar das insuficiências do corpo-trabalhador codificado com funções predefinidas-prescritivas e engendradas pelo sistema de modelização das funções sociais do trabalho. Como contraponto, destaca a potência do corpo-bufão (ou corpo-curinga), aquele que bufa e deixa vaziar o registro codificado do dever-ser imposto protocolar e prescritivo, fazendo emergir a criação e a invenção, desterritorializando práticas e ampliando o escopo de intervenção (FERRAZ, 2015).

*As pessoas que vêm das escolas de enfermagem, medicina etc. tem já um certo treinamento de como funcionar naquele modelo de atendimento clássico que é o treinamento no hospital, nas clínicas e tal, e aí você meio que aproveita um pouco dessa experiência, mas não dá conta. No CAPS, as demandas são diferentes, são lugares e funções específicas como as dos técnicos de referência, por exemplo, as decisões são compartilhadas na equipe e isso tudo meio que a gente aprende fazendo (P-1).*

Nesse contexto de transitoriedade e deslocamento, precipitam-se divergências e crises, especialmente pelo encontro de identidades que foram marcadas e localizadas em diferentes lugares e elas são tomadas numa perspectiva positiva, na medida em que fomentam mudanças na dimensão do tornar-se. As identidades em conflito estão no bojo dos processos de mudanças políticas e socioculturais e provocam rupturas nos saberes instituídos, produzindo novas formas de posicionamentos. Para Woodward (2014), contestação e disputa são características da construção cultural das identidades, no mundo contemporâneo.

Fazendo uma apropriação metafórica da lógica da identidade cultural proposta por Stuart Hall (2006), que fala do processo pelo qual se busca autenticar uma determinada identidade por meio de um passado supostamente comum, pode-se observar como alguns

trabalhadores ainda falavam de uma posição histórica e cultural específica: sua profissão, sua função no CAPSad e suas experiências.

*A gente tem uma assistência muito voltada para o social, quando, na verdade, isso deveria ser uma função de outros serviços, de outros profissionais e dispositivos que não o da saúde [...] é claro que a gente acaba contribuindo, mas não deveria ser foco do nosso serviço (P-6).*

Algumas pesquisas sobre o trabalho em equipe no contexto de saúde abordam a percepção limitada da saúde por parte de alguns profissionais e destacam a formação uniprofissional que coloca em evidência a cultura da formação isolada que favorece a construção de identidades profissionais rígidas, com compreensões restritas do cuidado e que, no futuro, acabam por expressar dificuldades para a comunicação com profissionais de diferentes categorias e setores da sociedade (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014).

Assim, numa dinâmica ambivalente, ora os trabalhadores respondem discursivamente de uma posição herdada e instituída de um sistema cultural específico para reafirmar a sua identidade profissional, ora colocam-se em identidade compartilhada, sem negar o passado, mas reivindicando-se a partir de outras identidades. Essa última perspectiva desafia o território do trabalho em equipe interprofissional a desconstruir identidades fixas e binárias, tal como um curinga, provocando deslizamentos e fluidez de identidades.

### **Insuficiências da equipe para o cuidado integral (o olhar para fora)**

Uma preocupação constante relatada como difícil para o trabalho em equipe nesse CAPSad foi a convivência cotidiana com situações de tensão e conflito com os usuários de substâncias psicoativas assistidos. Tais situações produziam desconfortos e reflexões sobre os caminhos para o cuidado mais efetivo, revelando potencialidades e limites do trabalho em equipe.

*Percebemos que os conflitos estão aumentando porque eles estão mais aqui dentro do CAPS, então, quando deixa todo mundo muito enclausurado, é aquela coisa, a panela de pressão (P-8).*

*Por maior que seja o trabalho em equipe, porque o vínculo não é só com os usuários, a gente também se vincula entre si, sozinhos não conseguimos dar continência, sabe. Trabalhamos com uma população marginalizada com muita dificuldade de acesso a outros serviços [...] isolada, a equipe não consegue trabalhar bem (P-1).*

A invenção dos CAPS como dispositivos institucionais substitutivos que possibilitou avanços e ampliação de novos modelos de cuidado, implica, concomitantemente, em riscos de

isolamento uma vez que eles podem fechar-se sobre si mesmo e resgatar práticas restritivas de institucionalização e resquícios do modelo manicomial (PALOMBINI, 2007).

O cuidado em saúde mental, as situações de crise e os desconfortos diante dos tensionamentos do trabalho ultrapassam as fronteiras da prática das equipes e se constituem em importantes desafios para a sustentação da reforma psiquiátrica (VASCONCELOS, 2010). Se, por um lado, a literatura sinaliza que os planos terapêuticos estão muito ‘encapsulados’ (centralizados entre os muros dos próprios CAPS) por outro, as equipes de saúde mental apontam dificuldades em dialogar com a rede intra e intersetorial, seja por ausência ou pela desestruturação dos equipamentos públicos assistenciais (VILAR et al., 2019).

Sobre esse aspecto, os trabalhadores sinalizam a instabilidade e insuficiência de ações governamentais que contemplem a continuidade da atenção psicossocial aos usuários:

*Tem outras iniciativas, tem uns projetos que trabalham também com esta população, mas geralmente, são projetos temporários, são muito frágeis, funcionam durante um ano, depois fecha, não tem recurso e acaba [...] A gente fica nessa coisa meio armengada na rede, daí vem essa sensação de que a gente está tapando buraco, é por conta disso, por conta dessa dificuldade de conseguir apoio fora, mas aí o impacto que gera, gera tensão nas relações de trabalho entre nós (P-2).*

As narrativas apresentadas dão visibilidade aos desafios vivenciados pelas equipes de saúde mental que, a depender do contexto e dos interesses dos gestores públicos, acabam por produzir questionamentos quanto à qualidade e eficácia do modelo de assistência psicossocial e contribuem para a marginalização das práticas desses profissionais.

D’Amour (2005) mapeou dimensões estratégicas para o trabalho em equipe interprofissional e as categorizou em nível micro (relações interpessoais), meso (nível organizacional e institucional) e macro (sistemas políticos e socioculturais), reforçando a necessária integração das equipes, não apenas entre si, mas com todo o território, em enlace com os sistemas políticos e socioculturais. A esse ponto, interessa expandir o trabalho em equipe integrada, dado aos benefícios propostos pela segurança dos usuários, às redes integradas, ao cuidado humanizado e à produção de prazer no trabalho (CECCIM, 2018).

Romagnoli e colaboradores (2019), em estudos com usuários de CAPS de Minas Gerais, destacam que, em relação à atenção psicossocial, quando os usuários demandam algum serviço fora da rede de atenção à saúde, como assistência social, trabalho, justiça ou educação, por exemplo, os profissionais dessas áreas tendem a interpretar suas necessidade como oriundas, exclusivamente, do diagnóstico de saúde. Para esses autores, essa compreensão restringe o conceito de saúde mental e acaba contribuindo para formar lógicas identitárias rígidas que impedem articulações intersetoriais, comprometem a autonomia dos

usuários e o exercício da interprofissionalidade, distanciando-se das diretrizes da reforma psiquiátrica.

### **Considerações finais**

Em seu conjunto de análise, o trabalho em equipe desse CAPSad ultrapassa a concepção identitária essencialista de força, união e coesão e coloca-se numa dimensão mais ampla de movimento, conflito e permanente reconstrução e invenção de si.

O exercício da interprofissionalidade produz novas e distintas possibilidades de operar o campo de prática, o que significa dizer que ela se configura como uma estrutura aberta que implica o imprevisto, o improvisado e a criação, mas também singularidades, como propostos pelos princípios da reforma psiquiátrica e pelos movimentos sociais de luta antimanicomiais.

Esses princípios que, depois de 30 anos do seu lançamento, foram reafirmados, no ano 2017, pelos diversos trabalhadores e atores dos movimentos de saúde mental brasileira na cidade de Bauru, São Paulo, e que fundamentaram a construção de uma das mais relevantes políticas públicas nacionais, continuam vivos e em movimento; sustentadas na defesa dos direitos humanos essenciais para todos os cidadãos, respeitando a liberdade de escolhas individuais e valorizando as expressões singulares de cada forma de ser e estar no mundo. Ademais, nesse reencontro, foram explicitados avanços técnico-científicos na área desde a implantação da política nacional de saúde mental e álcool, crack e outras drogas, apesar das ameaças ao Sistema Único de Saúde e suas políticas deflagradas por estratégias antidemocráticas do governo de Jair Bolsonaro, a exemplo do Decreto 9761/2019 e da Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019) que propõem uma nova política de drogas e de saúde mental (respectivamente) baseada em lógicas proibicionistas, na abstinência, em internações compulsórias e financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, revelando um distanciamento dos princípios legais, assistenciais e políticos da atenção psicossocial conforme sinalizado por Onocko-Campos (2019).

Nesse sentido, o trabalho em equipe interprofissional envolve sentimentos, pensamentos, disputas e comportamentos dos trabalhadores que, imersos na linguagem e na cultura dos movimentos de RP, produzem resistências e dão significado às experiências que proporcionam a emergência de uma identidade grupal

Na perspectiva dos estudos culturais adotada para a análise dos resultados desta pesquisa, o hibridismo está colocado como fenômeno de construção de identidades, afirmado a partir de processos que tendem a conceber as identidades como fundamentalmente

segregadas. O processo de hibridização confunde a suposta pureza e solubilidade dos grupos que se reúnem sob as diferentes identidades, mas está em acordo com os princípios do SUS, da RP, da clínica ampliada e da atenção psicossocial.

As dimensões políticas das identidades colocadas em conflito no cotidiano do trabalho estão fortemente baseadas na construção de diferenças e não de igualdades. A marcação da diferença é crucial no processo de conhecimento das posições identitárias que possam se opor ao binarismo em modelo positivo assistencial. Não se trata de identidades profissionais numa lógica disciplinar e sim, de uma identidade múltipla, fluida, diversa, cambiante e “curinga” que as equipes e os diversos núcleos profissionais que configuram a interprofissionalidade constroem.

E, por que importa falar de identidades coletivas e interprofissionalidade? Conforme aponta Woodward (2014), existe uma profunda crise de identidade no mundo contemporâneo. No específico contexto do trabalho em saúde mental, o modelo biomédico que sustentava a fixação de certas identidades e modos de atuação profissional já há muito não serve para assistir a essa população de brasileiros em sofrimento psíquico, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua que, em seu cotidiano, estão privados de quase todos os direitos civis. Essa população de sujeitos, verdadeiramente expatriados, abre mão, voluntariamente ou não, de suas identidades de origem fixas e como caminhantes que são, desafiam as equipes de cuidado a também forjarem novas identidades sobre si e sobre o fazer e o cuidar colaborativo, no âmbito da atenção psicossocial.

Apesar das reflexões acima circunscreveram a realidade identitária da equipe de um CAPSad e a singularidade de um contexto específico, acreditamos que as considerações apresentadas podem revelar aproximações com a realidade de equipes de outros serviços de saúde mental.

## Referências

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Ed Fiocruz. 4. ed.: 2015. SBN: 978-85-7541-430-9.

ABUHAB D; SANTOS A B A P; MESSEMBERG C B; FONSECA R M G S. ARANHA E SILVA A L. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80.

AGRELI, H. L. F. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. 2017. 261f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.



BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília: 2001.

BRASIL. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: 2002.

BRASIL Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012.

BACKES DS, COLOMÉ JS, ERDMANN HE, LUNARDI VI. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde*. 2011; 35(4):438-42.

BAUMAN Z. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: J. Zahar. 2005.

BARDIM, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 229.

BARROS B. (2000) O dispositivo grupal no processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: Amarante P, organizador. *A loucura da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 277-83.

BERNARDES A.G.; GUARECH N M F. *Identidade e diferença: constituição de trabalhadores na saúde mental*. Athenea Digital. N 2, Barcelona: 2002.

BRONDANI, J A. *Verda Che Bauccho! Transcursos fluviais de uma pesquisatriz: Bufão, commedia dell'arte e manifestações espetaculares populares brasileiras*. Fest Desing, 192p.; Salvador, 2014.

BRUBAKER, R.; COOPER F. Para além da identidade. *Revista Antropolítica*, n. 45, Niterói, 2. sem. 2018.

CAMPOS, G Wr de S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.219-230. ISSN 1413-8123.

CECCIM, R B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Revista Interface*, 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, v. 19, n. sup. 1, p. 116-131, 2005.

DELEUZE, G; GUATARRI F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Editora 34; vol 4 ; 2. ed. São Paulo; 2012.

ENCONTRO DE BAURU: 30 ANOS DE LUTA “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS”. Relatório Final. São Paulo, 2017.

ENDO, T C. *Sofrimento psíquico à margem do SUS: Vastidão e confinamento na clínica*. Ed. Zagodoni; Coordenação - Paulo Amarante, 1. ed. São Paulo, 2017.

FERRAZ, A R. *Um corpo que ri: paradoxos de um corpo-professora. As artes entre urgência e inoperância*. Anais do III Seminário de Estética e Crítica de Arte. Organização: Arthur Kon. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

FREIDSON, Eliot. *Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.

FREIRE, P. *Conscientização*. 4. ed.. Editora Cortez; São Paulo, 2016.

FERREIRA, A. B H. *Dicionário da língua portuguesa*. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p. ISBN 978-85-385-4198-1.

GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. 1. ed. Rio de Janeiro Zahar. Ed 2002.

HALL S. (2006). *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. (1a impressão revista) Belo Horizonte/Brasília: Editora UFMG/Unesco.

LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec, 2015.

MILHOMEM, M A G C; OLIVEIRA, A G B. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – caps. *Cogitare Enferm.*, v. 12, n.1, p. 101-108, jan./mar. 2007.

MORGAN DL. *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1997.

MINAYO M.C.S (2014). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec.

NOGUEIRA M O; VELLOSO S L. Reflexões estéticas: um caminho para um novo curinga. *Revista DAPesquisa - Universidade do Estado de Santa Catarina - Vol 7 n. 9* (2012).

ONOCKO-CAMPOS, R T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saú de Pública* 2019; 35(11).

PALOMBINI A L. Planejamento e gestão coletiva do trabalho no CAPS: uma experiência de supervisão. IN *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Diálogos em Psicologia Social: Rio de Janeiro 2007*. Disponível em: [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab\\_completo\\_313.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_313.pdf). Acesso em: 1maio 2019.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-9.

PITTA AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc Saúde Colet*;16(12):4579-4589. 2011.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 3, p. CD002213, 2013.

REEVES, S. *Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education*. Berlin - Germany: Verlag Dr. Müller, 2008. 224 p.

ROMAGNOLI RC; LIMA, TAS; PASTANA DH. Saúde mental e práticas intersetoriais: os desafios da transversalidade. 1. ed. Editora Redeunida, Porto Alegre, 2019.

SANTOS-FILHO SB, BARROS MEB, organizadores. Trabalhador da saúde: muito prazer! Ijuí Unijuí; 2007.

STALMEIJER RE, MCNAUGHTON N, VAN MOOK WN. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide nº 91. Med Teach. 2014; 36(11):923-39.

SILVA T T. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Ed. Vozes. 15. ed. Petrópolis – RJ, 2014.

SILVA M V O. A clínica psicossocial das psicoses: Programa de Intensificação de Cuidados de Pacientes Psicóticos. Laboratório de Estudos Vinculadores. Universidade Federal da Bahia, Salvador-Ba (2007).

VILAR, E B; CHARAO, RB; ROCHA, BV; SARAIVA C L; PINTO; CB; ALTOE, DG; FREITAS J B; BUENO, ASC; DIAS S E. O cuidado as pessoas que fazem uso de drogas: alguns apontamentos. Revista Cadernos do Cuidado vol 3. N. 1, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://cadernosdocuidado.observatoriodocuidado.org/index.php/CC/article/view/88>. Acesso em: 23 jul. 2019.

VASCONCELOS EM (organizador). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

VAZQUEZ DA. Reestruturação produtiva e flexibilização do trabalho no Brasil – anos de 1990. Revista ABET 2008; 7(1):80-96.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. Postgrad Med. J., v. 90, n. 1061, p. 149-154, 2014.

WOODWARD K. (2014) Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais Silva T T (Org.). Ed Vozes. 15. ed. Petrópolis, 75.

## 6.4 Artigo 4 - No ‘chão do CAPS’: uma clínica de báscula, resistências e produção de vida

**Título:** No ‘*chão do CAPS*’: uma clínica de báscula, resistências e produção de vida

**Autores:** OLIVEIRA, G M.; DALTRO, M R.

### Resumo

No âmbito do SUS, a dimensão clínica do cuidado em saúde mental, voltada às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e representado estrategicamente pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), é resultante das interações estabelecidas entre o campo da saúde coletiva e os princípios que norteiam as políticas públicas da saúde mental, álcool, crack e outras drogas. Essa integração multirreferenciada acirra os desafios do cuidado em saúde mental, pois exigem dos trabalhadores dos CAPSad um diálogo sincronizado entre as dimensões éticas, políticas, conceituais e práticas que requerem um exercício constante de reflexão e criatividade. Este trabalho teve como objetivo compreender as perspectivas clínicas dos profissionais do CAPSad. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa realizada com trabalhadores de um CAPSad em Salvador-Bahia. Foi realizado um grupo focal e foram analisados os seus conteúdos na perspectiva construtivo-interpretativo proposta pela epistemologia qualitativa em saúde. A análise das narrativas observa que são produzidas práticas clínicas possíveis, moventes, que engendram, no chão do CAPS, uma vivência de resistência em uma lógica de clínica intencionada na produção de vida, no trabalho ampliado, colaborativo e aberta ao enfrentamento do conflito. No encontro entre usuários e trabalhadores, a força dos fluxos que se interseccionam nesse território produz uma dinâmica bascular que movimenta, permanentemente, as práticas de cuidado adotadas.

**Palavras chave:** Saúde mental. Clínica. Abuso de drogas.

### Introdução

A produção de conhecimento sobre a clínica desenvolvida em diferentes contextos e instituições de saúde necessita de uma maior diversidade narrativa. Historicamente, tanto os trabalhadores com suas racionalidades, experiências e modos de cuidado quanto os usuários dos serviços com suas demandas, singularidades e práticas de autocuidado, distanciaram-se das suas reflexões clínicas, como se a pesquisa e a ciência fossem exclusividades acadêmicas.

Em um cenário de consensos e protocolos técnicos-científicos de condutas assistenciais, interroga-se pouco sobre os mecanismos macro e micropolíticos que engendram a construção da clínica na atualidade. Para Norman (2005), um método clínico é uma produção técnica contextualizada na relação saúde-doença e nos fatores epistemológicos e sociais historicamente construídos. Em contrapartida, no âmbito da saúde coletiva, considera-se que o desenvolvimento da clínica é amplo e decorrente de processos que não se encerram

em um método, embora o contemplem; trata-se do resultante do encontro entre um profissional da saúde (ou equipe) e uma pessoa (ou coletivo), configurando-se em uma prática social (CUNHA, 2007).

No Brasil, as práticas clínicas contemporâneas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS) são construções que se fazem em disputas e/ou em coexistência de diferentes teorias explicativas. Nesse cenário, tanto prevalecem os métodos da clínica tradicional empírica classificatória com raciocínio dirigido à doença quanto os pressupostos de uma clínica ampliada, ou seja, uma clínica que se realiza no trabalho compartilhado, contextualiza e responsabiliza o sujeito multidimensional, com suas condições de vida e saúde, idiossincrasias, afetos, saberes, cultura e poderes (CAMPOS, 2007; BEDRIKOW; CAMPOS, 2015) circunscritos no campo das práticas sociais.

No que diz respeito à clínica da saúde mental, voltada às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, tema de interesse deste artigo, as propostas de cuidado organizadas a partir do desenho clínico-institucional, catalisado pelos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial e representado estrategicamente pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), apresentaram-se como espaços de produção de distintos modelos de práticas clínicas, requerendo também a construção de múltiplos métodos e saberes (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nesse cenário, as ações clínicas, estão orientadas às especificidades dos usuários acompanhados por esses serviços e sustentadas pelas interações estabelecidas entre as políticas públicas e os campos da saúde coletiva, da saúde mental e da redução de danos, constituindo uma racionalidade psicossocial.

Pelos princípios, a clínica deve voltar-se à ampliação da autonomia do usuário do serviço, da família e da comunidade, numa lógica de trabalho de equipe integrada e promovendo cuidados de acordo com cada usuário do serviço, denominado Plano Terapêutico Singular (PTS) – um arranjo clínico-institucional de auxílio no manejo do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2007). Trata-se, assim, de uma proposição que se afasta, sobremaneira, do modelo de clínica vinculado à lógica médica de perspectiva curativa, que deu origem ao termo “clínica”, no âmbito da medicina moderna.

Embora se observe ampliação das concepções de clínica nos diversos níveis de atenção às pessoas em sofrimento emocional, pesquisas apontam que a sua operacionalização ainda se expressa em desequilíbrio aos pressupostos da clínica tradicional, permanecendo, muitas vezes, confinada em documentos oficiais, sem reflexos consistentes no cotidiano dos

serviços públicos do SUS (ENDO, 2017). Neste artigo intenciona-se discutir a natureza desse equilíbrio na vivência do CAPSad.

A esse respeito, Amarante (2015) pontua que, na saúde/doença mental, um cuidado efetivamente transformador precisa superar o paradigma tradicional da clínica, uma vez que conceber o adoecimento psíquico apenas como objeto e desvio em relação a um 'padrão normal' de comportamento e subjetividade acaba impondo ao sujeito que sofre um lugar de negatividade. O autor ressalta os perigos de o profissional construir uma clínica que não olha a pessoa, sua biografia, seu corpo e a sua singularidade em contexto, mas restringe o sujeito à doença e/ou às normas sociais, promovendo o seu apagamento diante das queixas e dos sintomas.

Tais questões acirram os desafios do cuidado em saúde mental, pois exigem dos trabalhadores desses serviços um diálogo sincronizado entre as dimensões éticas, políticas, conceituais e práticas que requerem um exercício constante de reflexão e criatividade. Passados 20 anos da reforma psiquiátrica, que institui os princípios dessa proposta de prática psicossocial, como os profissionais de saúde vivem essa clínica?

As concepções sobre saúde/doença e formas de cuidado determinam, em grande parte, o que os profissionais dizem e fazem em suas propostas clínico-assistenciais (DELANY & GOLDING, 2014). Essa ideia é confirmada por Vasconcelos (2016) em suas pesquisas sobre a elaboração dos planos terapêuticos singulares (PTS) nos serviços públicos de saúde mental. O autor destaca que a forma como as equipes organizam os PTS reflete as concepções sobre o cuidado, evidenciando os princípios epistemológicos que orientam o pensamento clínico dos profissionais.

Entretanto, é fato que as formas de cuidado propostas pela reforma psiquiátrica seguem sendo problematizadas pelos profissionais de saúde, em sua maioria, formados sob lógicas uniprofissionais positivistas-tecnicistas, e a permanente precarização dos CAPSad, enquanto política pública, é uma questão que interfere na prática cotidiana desse cuidado. Assim, este artigo teve como objetivo compreender as perspectivas clínicas adotados pelos trabalhadores de um CAPSad, na assistência às pessoas que vivenciam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

## **Método**

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, orientada pelos pressupostos do método construtivo-interpretativo da epistemologia qualitativa de González Rey (2005). Trata-se de uma proposta teórica-metodológica que apresenta, como princípios, a

valorização do processo histórico-cultural de construção e interpretação das informações, o reconhecimento da singularidade na produção do conhecimento, a comunicação e o diálogo como processo permanente no desenvolvimento do estudo científico, analisando a complexidade produzida nas interações em análise.

O estudo foi realizado em um CAPSad, localizado em Salvador-Bahia-Brasil. A técnica utilizada para a produção de dados foi a realização de um grupo focal. A escolha desse CAPSad ocorreu pela disponibilidade de acesso do pesquisador ao centro e sua atuação prévia como coordenador técnico-pedagógico nos anos 2012 a 2017. Na pesquisa qualitativa, a presença do pesquisador no contexto em estudo e sua relação de intersubjetividade com os grupos investigados é parte constitutiva do processo da pesquisa, demandando permanente reflexividade sobre os acontecimentos e seus efeitos no contexto empírico, perspectiva que valoriza a produção científica e fortalece a práxis profissional (MINAYO, 2014; FREIRE, 2016).

A técnica de grupo focal utilizada na produção de narrativas consiste em reunir pequenos grupos de pessoas para avaliar, discutir e identificar ideias, conceitos, sentimentos, percepções e atitudes dos participantes sobre determinados temas (STALMEIJER, et al., 2014). A expressão dos participantes pode fazer associações favorecendo a diversidade e profundidade de respostas, permitindo emergir zonas de sentidos subjetivos que se organizam no curso da comunicação dos trabalhadores (GONZALES REY, 2005).

O grupo focal foi composto por oito trabalhadores que atuavam na assistência dos usuários no CAPSad: redutores de danos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e médicos.

Para inclusão no estudo, utilizou-se como critérios a participação voluntária, trabalhar na instituição há mais de um ano, a diversidade nos núcleos de formação e a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, foi realizado um encontro de grupo focal com duração aproximada de 90 minutos em sala reservada na sede do próprio CAPSad, garantindo-se condições adequadas de conversação e sigilo dos participantes.

Os trabalhos de grupo foram conduzidos pelos autores que se distribuíram entre moderadora e observador. Depois dos esclarecimentos sobre a finalidade do encontro e assinatura do TCLE, solicitou-se permissão para audiogravação em dois equipamentos distintos. Houve garantia de anonimato da entrevista e sigilo da autoria das respostas.

O roteiro usado na sessão foi composto por duas perguntas disparadoras: “o que vocês compreendem como clínica nesse CAPSad” e “como vocês elaboram os planos terapêuticos

dos usuários assistidos no CAPSad?”. As audiograções com os relatos do grupo focal foram transcritas e conferidas com as observações realizadas durante a realização do grupo.

Com as informações produzidas durante a pesquisa, levantamos indicadores a partir da leitura minuciosa do material transcrito identificando palavras e trechos de falas e informações que revelaram indícios da forma de pensar e agir dos participantes do grupo. Os indicadores são construções produzidas com finalidade explicativa que dão sentido às narrativas, propiciando o desenvolvimento de hipóteses que articulam os objetivos da pesquisa, as ideias do pesquisador e as manifestações dos participantes do grupo, ou seja, os indicadores possibilitam a síntese entre o empírico, o teórico e o observado (GONZALES REY, 2002).

Posteriormente, foi construído um núcleo de sentido a partir da sistematização dos indicadores encontrados. Nesse momento, foi realizada a articulação dos indicadores, buscando-se critérios de similaridade, complementaridade e/ou contraposições entre eles. Para a formação do núcleo de sentido, os indicadores, anteriormente sistematizados, foram vinculados e sintetizados, de modo a revelarem, de forma mais profunda, a realidade dos participantes do grupo (GONZALES REY, 2007). Nessa fase, buscou-se os sentidos que os trabalhadores atribuíram às concepções de clínica na elaboração dos planos de cuidado desenvolvidos no CAPSad.

Nesta pesquisa foi observada a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública, sob o parecer nº 2809.812; CAAE 90497418.0000.5544. Para preservar o sigilo dos profissionais, No fim de cada transcrição no corpo do artigo, foi acrescida a codificação dos oitos participantes do grupo focal com a letra “P” (profissional) seguida do algarismo numérico (P-1, P-2, P-3, P-4, P-5, P-6, P-7, P-8).

### **Resultado e discussão**

A busca pelas dimensões clínicas presentes na construção dos planos assistenciais aos usuários do CAPSad possibilitou a formulação de uma lógica clínica bascular, produzida *no chão* do CAPSad, que caracteriza esse arranjo clínico-institucional como meio para se viver a diversidade de modos de produção subjetiva.

A concepção de práticas clínicas dos diferentes trabalhadores que atuam no CAPSad passa por uma lógica de contradições: de um lado, princípios clínicos do movimento de reforma psiquiatria brasileira e o esforço por responder a eles; do outro, a formação e trajetória profissional dos participantes, que são descritas como centradas no modelo clínico mais tradicional.



Os participantes relataram reconhecer o modelo tradicional que os habitam e que contradições coexistem no cotidiano do CAPSad. Afirmam, contudo, um movimento individual e coletivo de adequação de suas práticas às formas novas e mais abertas de manejo clínico.

*Clínica pra mim é tratamento! As éticas que orientam as clínicas são, enfim, um tanto imensas; o que a gente propõe aqui é uma clínica ampliada que visa tratar o psíquico por vias mais diferenciadas (P-3).*

*A clínica no CAPSad, eu entendo que ela é formada por diferentes racionalidades, é diferente de outras racionalidades que são autocontidas, mas a clínica psicossocial, ela busca fazer relações, sair para fora, esse é o grande diferencial que eu penso... A gente meio que acabou se formando numa só racionalidade e aqui é uma colcha de retalho de várias racionalidades que ainda estão nesse processo de entender como é que elas se interacionam e como é que a gente pode fazer um trabalho integrado de fato, muito novo tudo ainda...mas em situação de crise, é como se algumas dessas racionalidades clínicas acabassem meio que pegando, ganhando mais força por conta das dificuldades estruturais e do contexto (P-2).*

No âmbito da atenção psicossocial, as perspectivas clínicas catalisadas pela reforma psiquiátrica no país, principalmente aquelas desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apontam para uma clínica ampliada que sugere uma lógica antimanicomial, plural e, na fala dos participantes, essa pluralidade não se dá apenas por uma variedade de técnicas e de circulação de diferentes campos de conhecimento, mas também a partir dessas *racionalidades (...) de tratar (...) autocontidas* (P-2), entrecruzadas.

Perspectiva concordante com a literatura (PITTA 2011; AMARANTE 2015) que considera que a clínica da reforma não está dada, é um processo que se configura usuário-centrada, que procura garantir os direitos humanos, a autonomia, a inclusão e a liberdade dos sujeitos em sofrimento. Como diretriz, valoriza a dimensão saudável e o cotidiano das relações e busca o fortalecimento da democratização no processo de reabilitação psicossocial e a produção de cuidado no território. No contexto em estudo, pode-se observar como o lugar de fala desses trabalhadores faz marca permanente na construção dessa clínica, nos tensionamentos entre os trabalhadores, entre modelos de práxis, mas também “dentro” do próprio profissional.

Para Endo (2017), a realidade da saúde mental nos serviços públicos de saúde está relacionada a diversos setores como a tradição da medicina psiquiátrica, seus costumes e influências na formação e construção de outros saberes profissionais. A autora destaca ainda que, apesar dos avanços em direção à clínica ampliada, existe uma distância entre o que está previsto e a prática profissional; a superação paradigmática da clínica proposta pela reforma

depende, entre outros fatores, de novas formas de clinicar e da integração de múltiplas práticas nas diversas situações que demandam intervenções de cuidado.

Conforme sinalizado pelos trabalhadores do CAPS em estudo, a clínica e seu manejo são profundamente impactados pelas crises do sistema de saúde mental, evidenciadas ao longo da investigação como um dos pontos de maior fragilidade no trabalho e da efetivação do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro. A crise do usuário é, então, capturada/integrada por esse contexto e, frente a ela, alternativas tradicionais são frequentemente acionadas, sustentadas por um imaginário de periculosidade e por tecnologias desenvolvidas no período manicomial que correspondiam aos anseios sociais de exclusão (VILLAR, 2019).

Entretanto, a atenção psicossocial considera mais pertinente pensar ações clinicamente orientadas pela RP, pela singularidade e pelo trabalho interprofissional colaborativo e integrado, do que a partir da clínica uniprofissional disciplinar que, historicamente, pautou as lógicas tradicionais. Tal posicionamento, não desconsidera as competências clínicas e de saberes desenvolvidas e instituídas pelas diversas áreas profissionais que lidam com sofrimento psíquico – ao contrário, afirma sua necessidade para o cuidado integral dos usuários do CAPSad –, mas propõe práxis realizada a partir da racionalidade psicossocial. Assim, interrogam e elastecem as práticas consolidadas e reclamam por relações horizontalizadas, desierarquizadas, capazes de minimizar ou superar os efeitos iatrogênicos desenvolvidos e propagados pela lógica manicomial (COSTA-ROSA, 2013).

O que se observa nas respostas apresentadas é que as concepções de clínica que circunscrevem os diversos profissionais que transitam por esse CAPSad reconhecem e sofrem influência das pressões sociais herdadas e da cultura do imediatismo que fazem os trabalhadores e usuários vacilarem na sustentação de propostas de cuidados que ampliam a compreensão do sofrimento.

*Eu sinto que ainda há um certo campo pra gente conseguir se inserir e trabalhar bem a clínica psicossocial, mas é muito forte o impulso que não é só dentro de profissionais, mas da própria clientela, da própria sociedade, esse empurrão para as soluções rápidas e imediatas como a medicalização e a prescrição...aí a gente está numa clínica que lida com essa questão do imediato, a droga aparece sempre nesse contexto do imediatismo, da solução, de lidar com angústia por essas vias, essas máscaras, essa coisa de você procurar uma solução rápida e total para algo que você não vai conseguir solucionar de uma forma tão simples (P-2).*

Grande parte dos tratamentos voltadas para as pessoas em sofrimento decorrente do uso de drogas está sob o prisma da clínica psiquiátrica clássica e biomédica que propõe como objetivo a terapêutica voltada para a interdição e a abstinência da droga como alívio imediato para as dores do corpo e da alma (SHIMOGURI et al., 2019). Tais concepções, historicamente resistem no imaginário social como se a dependência fosse um simples objeto de estudo e manipulação. Um imaginário social atravessado fortemente por uma cultura neoliberal, produtivista que define a potência de existir a partir da capacidade de produzir dentro de um sistema capitalista, que tem urgência em consumir. No CAPSad, essa urgência báscula aparece, se impõe, como impulso, mas se vulnerabiliza na intenção recorrente de *trabalhar bem a clínica psicossocial* (P-2).

De acordo com Lancetti (2015), as sociedades contemporâneas vivenciam um furor por imediatismos e resoluções rápidas de problemas, que ganham contornos perversos quando atravessados por uma rigidez moralista e pela judicialização da experiência humana, como nos casos de violência e abandono social por uso de drogas e nas situações de internação compulsória. O autor denomina contrafissura (em alusão à fissura relatada pela pessoa dependente de substâncias psicoativas) esse desespero para soluções abruptas e simplificadas desse complexo fenômeno social e destaca a revisão constante de concepções e práticas de cuidado para superação do moralismo e judicialização dessas situações clínicas em saúde.

Em suas experiências e pesquisas sobre a atenção à saúde mental voltadas a essa população, Endo (2017) também ratifica a presença dessas crenças e desses apelos sociais e os relaciona com a dimensão de fronteira construída pela psiquiatria com a justiça e a assistência social, que lhe conferiu, historicamente, um lugar-poder de solução e descarga para a loucura, o sofrimento, a dependência e todas as ‘mazelas sociais’.

Numa outra direção, estão as perspectivas clínicas em saúde mental que se aproximam da redução de danos, um conjunto de conhecimentos e práticas de não interdição e baixa exigência que reconhece a necessidade de se reduzir riscos e agravos à saúde de pessoas ou coletivos em situação de riscos sociais e de saúde considerando o diálogo e estímulo à reflexão sobre o autocuidado (ANDRADE, 2011). Nessa orientação, propõe-se que os usuários sejam acolhidos numa abordagem não proibicionista respeitando sua liberdade de escolha, perspectiva exercitada pelos entrevistados neste estudo, que a situam como um *desafio*.

*É muito importante compreender as diferenças e respeitá-las. Eu acho um grande desafio a gente que chega no CAPSad, perceber que o usuário tem os seus desejos e a gente respeitar esses desejos, mesmo que seja contrário ao que a gente deseja para ele, mas a gente poder*

*respeitar e compreender que ele tem essa autonomia e que a gente precisa compreender essa autonomia no contexto que ele está inserido (P-1).*

Embora os relatos afirmem uma perspectiva compreensiva de acolhimento e cuidado, harmonizada com a política de redução de danos, esse processo não ocorre de forma tranquila frente à realidade de muitos usuários do CAPSad. Nos relatos do grupo focal, ficou evidente o desconforto dos profissionais desse serviço em realizar um trabalho de assistência em saúde mental em cenários invadidos pela pobreza, violência, racismo e desigualdade social.

Num contexto em que o sistema de organização econômica e social é produtor de exclusão, sofrimento e adoecimento psíquico, a percepção de ‘remar contra a maré’ acirra o cansaço, as ambivalências, a sensação de impotência e o sofrimento que atravessam as construções clínicas da equipe.

*Então, a demanda é da comida real, de acesso ao serviço público de qualidade, é a demanda de bens e serviços...E aí, como foi trazido, muitas vezes essa questão da clínica tem os seus limites por conta dessas outras fomes que a gente tem que dar conta...Para muitos usuários, é uma trajetória forjada toda na violência, a gente tem lidado com esses gigantes aqui que são o racismo e a violência...É porque são violências que se interseccionam, são questões que estão o tempo todo simultaneamente ali, sabe? Implicado e imbricado, sabe? (P-4).*

Estudo recente com usuários de CAPSad apontam uma imbricada relação entre pobreza, sofrimento e produção de subjetividades, revelando que situações de miserabilidade vivenciadas por essas pessoas desencadeiam uma condição limítrofe de sofrimento que, antes mesmo de ser denominada uma doença do indivíduo, deve ser compreendida como um sofrimento produzido pelo social (ROCHA; COELHO, 2017).

A subjetividade e o sofrimento psíquico devem ser pensados e concebidos em contexto e o trabalho assistencial em saúde mental, localizado dentro das estruturas econômica, política e social, não pode se furtar a pensar que o sofrimento decorrente do uso de drogas está implicado a esses vetores e, por isso, não pode ser configurado como uma produção isolada, individual do sujeito (COSTA-ROSA, 2013). No presente estudo, as subjetividades produzidas na prática clínica são atravessadas, sobremaneira, pelas condições vulneráveis de trabalho e de vida dos usuários, sujeitos expostos à condição de desamparo.

Na perspectiva psicossocial de pessoas que também usam drogas, Costa-Rosa (2013) e Shimoguri e colaboradores (2019) afirmam que os altos índices de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, além de constituírem um problema de saúde pública, podem ser caracterizados como um sintoma social marcado pelas relações intersubjetivas nas sociedades

ocidentais capitalistas neoliberais, produtoras de grande desigualdade social. O modo de produção social capitalista dominante referencia os laços sociais, influenciando e regulando as formas de subjetivação e o sofrimento numa sociedade, assim como o fazer clínico dos profissionais dos CAPSad, desafiados a manejar uma íntima relação entre realidade psíquica e realidade social, observadores de estruturas narrativas de pessoas em sofrimento pelo uso abusivo de drogas, muito análoga aos imperativos de consumo neoliberal (SOUZA, 2008; DUNKER, 2018).

A saúde mental, portanto, não está concebida como um estado orgânico ou privativo, mas como um processo de produção de subjetividades, construída no cotidiano das relações sociais no território, logo, demanda uma lógica de cuidado de natureza movente. Alguns processos de subjetivação reproduzem lógicas do modo social dominante, outros são processos de subjetivação singularizados (quando primam pela implicação, descobertas, criatividade, menor alienação e maior autonomia dos sujeitos). Esse último é mais complexo e se constitui como foco da clínica ampliada no contexto da atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2013).

A produção de subjetividade singularizada envolve um processo político difícil que é estar implicado subjetiva e socialmente nos conflitos e nas contradições pelos quais, usuários, trabalhadores e instituições atravessam e são atravessados, conforme citado por participantes do grupo.

*Porque o profissional tem que ser ético, político e técnico. Qual o lado? Qual projeto clínico você defende no CAPS? Então, são brigas pedagógicas, são brigas de reflexão, problematização, mas sempre no caminho de reconhecer o usuário em seu sofrimento e conflitos, compreender e viabilizar as demandas. Agora, é difícil, e por mais que a gente consiga viabilizar esses direitos socioassistenciais, o chão do CAPS é psique (P-4).*

*Então, eu acho que a gente tem muitos desafios aí na construção dessa clínica antimanicomial, dessa clínica horizontal que é preciso que a gente se reinvente, que a gente se analise o tempo todo, porque a cultura hegemônica é essa da dominação (P-5).*

As narrativas produzidas apontam para a emergência de uma concepção de processos de subjetivação que se movimenta nos territórios do CAPSad tendo como eixo a ética do cuidado. Para além dos aspectos deontológicos e da ordem do desejo, essa ética está pautada na noção da indissociabilidade dos impasses do sujeito (entre eles, o sofrimento psíquico) com os vetores do contexto sociocultural-territorial que o engendram (COSTA-ROSA, 2013).

Compreendemos aqui, nesse território de subjetivações, uma ‘clínica crítica’ (COSTA-ROSA, 2013). Trata-se de pensar uma práxis que se realiza no *chão do Caps* que afirma o

participante P-4, em que encontros forjados nesse território de contradições e racionalidades plurais, promovem deslocamentos subjetivos de sujeitos em relação aos seus modos pessoais e políticos de viver, sofrer, enlouquecer ou morrer. Esse exercício de clínica ampliada e ‘crítica’ coloca no cerne da definição de saúde mental elementos que ultrapassam a dimensão do sujeito individual e o seu sofrimento, implica dimensões setoriais, intersetoriais, contextuais, macro e micropolíticas (COSTA-ROSA, 2013). Emerge nesse *chão* uma clínica que se move permanentemente entre fronteiras, se alicerça por vezes na lógica de clínica tradicional, por vezes no combate a formulações macropolíticas alienantes. Nesse movimento bascular, volta-se a um modo de promover saúde mental que visa o deslocamento existencial e a precipitação de novas subjetividades seja de usuários, seja de profissionais de saúde.

Essa dinâmica própria de báscula da clínica no CAPSad, desenvolvida no centro antigo de uma capital do Nordeste brasileiro acontece entre fronteira, ora porosas, ora intransponíveis, entrelaçada cotidianamente por fluxos de pobreza, racismo, violência policial, violência contra a mulher e tantas outras formas de violência que se interseccionam num sistema de opressão social que podem conceber e amplificar a condição de sofrimento, desafiando a construção do eixo clínico do cuidado. Diversos autores têm utilizado a teoria interseccional (AKOTIRENE, 2019) em pesquisas sociais aplicadas à saúde para examinar como diferentes categorias biopsicossociais interagem conjuntamente em níveis múltiplos e simultâneos, criando um sistema complexo de opressão e discriminação que reforçam estigmas, sofrimento e adoecimento físico e psicológico (WERNECK, 2016; XAVIER; ROCHA, 2017), conforme afirmado na experiência narrativa dos profissionais do CAPSad.

*Não é só o usuário que tem o não falar sobre, não dar nome ao racismo em si, mas também a gente não conseguir ver e escutar o racismo...pensar isso como algo estrutural da nossa sociedade...A gente não pode desvincular isso do lugar social dela, da nossa construção histórica de exclusão social. Então, acho que tem algo que mesmo que não aparece em palavra está na história da nossa sociedade ..., porque a cultura hegemônica é essa da dominação, é essa do racismo, do machismo e a gente precisa desconstruir isso em nosso dia a dia... a gente vacila, a gente precisa se analisar e se analisar enquanto instituição, o que é que a gente tem feito assim nesse processo de entender como é que a gente constrói essa clínica antimanicomial no campo AD, que tem outros desafios, com relações tão adoecidas, com tantas violências nesse território (P-5).*

Essa ferramenta socioantropológica que a interseccionalidade convoca, com sensibilidade analítica sofisticada (AKOTIRENE, 2019), tem o potencial de identificar aquilo que nem sempre é contemplado na dimensão da clínica em saúde mental, pois, em muitas situações, as condições de opressão não são expressas ou visíveis para os usuários e

trabalhadores do CAPSad. Eles produzem narrativas que constroem linhas divisórias na experiência vivida por alguns trabalhadores na clínica praticada nesse CAPSad, a saber.

*Isso é bem complicado, como, por exemplo, pode ser que eu seja bem destoante nessa opinião, mas tem casos que ser negro ou ter condições sociais desfavoráveis nem sempre é uma questão; eu acho que a clínica deve se orientar a partir do caso, o caso traz as questões e que se encerram, então, a clínica deve contemplar aquilo que o sujeito traz na sua fala (P-3).*

Essas concepções, possivelmente são herdadas de duas vertentes explicativas: a da clínica psiquiátrica clássica que separou o objeto fictício – a psicopatologia – da complexa existência humana e do corpo social, assim como dos modos de cuidar de outros tempos, em que os usuários eram vistos como marginais dos sistemas de direito e mantidos dentro dos muros oficiais asilares e excluídos do convívio social (ROTELLI; LEONARDIS; MURAI, 2001), mas evidencia a presença do tensionamento entre a diversidade de escuta e a diversidade dos lugares de fala.

No conjunto da análise, trata-se de afirmar uma clínica que se faz *no chão do CAPS*, de maneira única e na lógica de um possível. Faz-se também a partir dessas tensões permanentes entre as vertentes técnicas e conceituais do cotidiano de práticas nos CAPSad, onde se observa um jogo de forças e poder, entre a visão política do cuidado em saúde mental (que privilegia as questões concretas dos direitos sociais como alimento, banho, educação, trabalho, moradia etc.) e a visão técnica de atuação clínica, que acirra essa separação entre leis e diretrizes da saúde pública e coletiva e os ditames teóricos-técnicos da “clínica essencialmente clínica”, destacando uma crítica à tendência de se reduzir tudo à dimensão social e, com isso, enfraquecer o trabalho com a subjetividade (KODA, 2003; ENDO, 2017).

Documentos ministeriais da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2007) orientam sobre a necessidade constante de se contextualizar as situações clínicas e promover constante diálogo entre a “dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política” oficializando como diretriz uma aliança harmônica entre a clínica e a política. Para Endo (2017), no entanto, esse diálogo é tenso e problemático, uma vez que os documentos pressupõem um norte de cuidado idealizado (como se o usuário estivesse ocupando os lugares de direito em seu território e o início dos atendimentos fossem suficientes para se resgatar a ‘sanidade perdida’) e muito distante da oferta dos serviços da rede de atenção à saúde e assistência social disponíveis, da realidade de trabalho dos profissionais e, sobretudo, das condições sociais e de vida dos usuários.

Essa situação também é percebida na fala do grupo.

*Enfim, acho que estamos tendo dificuldade de fazer a clínica mesmo, até porque as demandas sociais estão bem vorazes aqui, em algum momento a clínica fica de lado (P-3).*

*Então, a fome é uma coisa assim, difícilimo você escapar disso e você conseguir pensar em tudo aquilo, toda aquela teia de relações subjetivas e contextuais que levou à situação do uso de drogas. Não, ele só está pensando em comer naquela hora, tenho que resolver aquilo (P-2).*

Nesse cenário, a dura realidade social de muitos usuários somada às expectativas de atender as diretrizes do SUS acabam gerando uma sensação de inabilidade e estranheza. Conforme nos aponta Endo (2017), a ânsia de atender integralmente a todas as necessidades dos usuários pode levar o profissional a agir numa perspectiva assistencialista totalitária com pouco investimento na dimensão subjetiva, impulsionando-o a uma percepção de impotência e restrição das possibilidades terapêuticas, em lugar de assumir uma clínica possível.

O sentimento de inquietude identificado, presente na fala dos trabalhadores desse CAPSad, nos leva a uma problematização sobre o encontro dos trabalhadores com o outro (ou com os outros). Na proposta clínica que se pretende ampliada, a tentativa de se compreender e atender os usuários em sua completude, fracassa, tanto porque a narrativa sobre os usuários não deixa o profissional de fora do caso (a sua compreensão sobre o outro tem muito de si, portanto, não corresponde exatamente à realidade do outro) quanto porque existe, no humano, uma dimensão afetiva de difícil acesso pela linguagem, uma condição inapreensível da realidade psíquica (ENDO, 2017).

Envoltos num contexto de necessidades e singularidades dos usuários, o prescrito das diretrizes das políticas públicas de saúde e a realidade territorial, os trabalhadores desse CAPSad buscam múltiplas referências através da tentativa de construção de vínculos, de produção de sentidos, de conceitos e ferramentas que os auxiliem na operação da clínica, interrogando-se e olhando pistas singulares e sistêmicas para acolherem esse incompreensível na produção do cuidado em saúde mental.

*A gente nunca elucidou o funcionamento da mente, a gente tenta, tenta dar nome para as coisas, tentar dar nome para os sintomas, a gente classifica, categoriza e tem alguma utilidade fazer. Mas, por mais que categorize, por mais que a gente coloque nome nas coisas a gente nunca vai entender. E aí essa exposição de se colocar numa situação de não saber é muito complicada, é dolorosa até [...] para mim foi muito libertador me colocar nessa situação de não saber, porque, de certa forma, tira um pouco o peso de que tenho que dar conta de tudo, de que tenho respostas [...] Então, entender que você*



*nunca vai entender significa isso também, de se mudar... desse suposto poder que você pensa que tem sobre o outro (P-2).*

*Entender que você nunca vai entender (P-2)* revela uma condição paradoxal. Essa impossibilidade de se traduzir inteiramente em face do outro, a despeito das inúmeras possibilidades de avaliação, anamnese, diagnóstico, terapêutica e exame, frequentemente coloca os profissionais e usuários em condição de angústia e solidão (ENDO, 2017).

Ainda assim, observamos a iniciativa dos trabalhadores como disparadores desse movimento de vinculação. A aproximação e o acolhimento para a construção de vínculos são uma diretriz da RP e vão sendo formulados no cotidiano, nos encontros entre profissional-usuário e nas redes de sociabilidade pelos territórios.

Existem muitas teorias e compreensões sobre o conceito de vínculo que transitam pelos serviços de saúde que influenciam a construção dos planos terapêuticos. A despeito da sua inegável importância para efetivação do cuidado, no âmbito da saúde coletiva e dos serviços públicos do SUS, esse fenômeno ainda tem se apresentado de forma reducionista.

Barbosa e Bossi (2017) alertam sobre a necessidade de uma maior discussão sobre a complexidade dos vínculos nas práticas de saúde, uma vez que os aspectos positivos do vínculo estão quase sempre associados à sua presença e os negativos à sua suposta fragilidade/ausência, ficando as análises restritas à essa dualidade com pouco aprofundamento sobre as múltiplas dimensões afetivas, relacionais, longitudinais, terapêuticas e existenciais das configurações vinculares.

As compreensões sobre o vínculo, especificamente no contexto da saúde mental, também têm vastas contribuições de escolas psicológicas, psicanalíticas, filosóficas e socioantropológicas e seus pressupostos são utilizados em diferentes abordagens terapêuticas. Geralmente, estão relacionadas aos investimentos e à circulação de afetos entre as pessoas, com ênfase nos aspectos subjetivos da dinâmica das relações interpessoais, da convivência e da sociabilidade (RIVIERE, 2005).

Para Lancetti (2008), o vínculo com usuários de substâncias psicoativas, na clínica, envolve processos existenciais que se constroem e se movimentam em territórios vivos e possuem potência terapêutica que não se restringe à relação profissional-usuário, mas transcende essa díade formando uma rede de vínculos que se influenciam mutuamente nos territórios.

Dessa dinâmica de cuidado ampliado, muitas vezes experienciada com desconfortos, pode emergir a capacidade inventiva de sustentar o acolhimento e a escuta, favorecendo o manejo dos vínculos e o engate terapêutico singularizado.

As narrativas sobre as concepções e o desenvolvimento da clínica nesse CAPSad promovem diversos desdobramentos que dialogam em múltiplas direções. Não se configuram nem como uma clínica tradicional nem como uma clínica da reforma, mas uma clínica em movimento permanente de reforma. Destacamos como núcleos de sentido, nesse contexto de informações, uma clínica bascular, que se produz no encontro e em movimento de básculo, ou seja, que funciona girando sobre um eixo balizador – a ética do cuidado psicossocial – baixando algumas extremidades e elevando outras conforme as necessidades, demandas e possibilidades de produções subjetivas.

As inclinações que caracterizam essa clínica bascular produzem-se nos entrecruzamentos do ‘*chão do CAPSad*’, na interseção de fluxos que geram atritos, desencadeiam giros e contradições no cotidiano dos encontros entre usuários, trabalhadores, familiares e comunidades; logo, demandam amplitudes vinculares colaborativas e lógicas de cuidado de natureza movente, desenhadas num campo do possível a ser realizado, vivenciado e produzido.

### **Considerações finais**

Partimos de um contexto específico e de um recorte institucional para pensar as construções clínicas sob a ótica dos trabalhadores, fazendo uma interlocução com os princípios da atenção psicossocial que toma a clínica ampliada como princípio do cuidado integral em saúde mental e redução de danos. Não houve a pretensão de estabelecer uma especificidade clínica do equipamento CAPSad, mas, apoiando-se nos pressupostos da tradição clínica de inclinar-se atento diante do outro, observar, escutar e refletir sobre as narrativas construídas pelos operadores do cuidado e, assim, ampliar as possibilidades de ser, pensar e fazer clínica no atual cenário da reforma psiquiátrica brasileira.

No encontro entre usuários e trabalhadores, conforme observamos, a força dos fluxos que se interseccionam no território do cuidado e que afetam esses sujeitos parece possuir uma reação aos atritos e à impotência e tem, por efeito, a sua vitalização através da dinâmica bascular, favorecendo o giro e a movimentação permanente sobre as perspectivas e práticas clínicas adotadas, mas também de racionalidades diversas e, embora contraditórias entre si, presentes, afetando os modos possíveis de viver a clínica.

Para esses trabalhadores, a maneira de pensar a clínica e construir os planos de cuidado incluem: lugar de fala, crises do sistema de saúde mental, singularidades de usuários e profissionais, pressões sociais herdadas da cultura formativa e da lógica neoliberal-

imediatista hegemônica. Consideram, também, o tensionamento entre divergentes e convergentes abordagens teóricas e ideológicas. Confrontam a vivência de desamparo do usuário e do trabalho impregnada pelos efeitos da pobreza, da violência, do racismo, do machismo da vigorosa desigualdade social. Nesse contexto, são produzidas práticas clínicas possíveis, moventes, que engendram nesse *chão* uma vivência de resistência, que não sucumbe aos desafios. Não sem produzir sofrimento, apresentam, em sua narrativa, uma lógica de clínica intencionada na produção de vida, no trabalho ampliado colaborativo, aberta ao enfrentamento do conflito, quando ele pode ser tomado como reflexividade diante das tensões do cuidar. Comungam uma clínica que se move e faz circular numa micropolítica de diferenças, desamparos e vida no contexto desse CAPSad.

Este estudo apresenta forças e limitações. Potencialmente, traz reflexões sobre o universo narrativo dos trabalhadores em saúde mental que atuam no campo de prática e que produzem, com suas experiências cotidianas, um conjunto de saberes sobre a assistência em saúde mental e o uso de substâncias psicoativas. Como limitações, apontamos tanto os processos de subjetivação singulares dos participantes do grupo quanto pelo recorte metodológico que, pela viabilidade do estudo, priorizou apenas um dos atores do processo de cuidado (os profissionais). Apesar disso, acreditamos que as considerações apresentadas podem revelar aproximações com a realidade de equipes de outros serviços de saúde mental e contribuir para a qualificação das práticas de cuidado, para a formação de novos profissionais e para a produção do conhecimento na área.

## Referencias

ANDRADE, T M. Reflexões sobre a política de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4665-4674, 2011.

AKOTIRENE, C. O que é Interseccionalidade? Coleção Feminismos Plurais (Org.) Djamilla Ribiero. 1. ed. São Paulo, 2019.

BORGES, C D; SCHNEIDER D R. Trajetória de cuidado e o percurso ao CAPSad: com a palavra os usuários. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.234-259, 2018.

BEDRIKOW R, CAMPOS G W S. História da clínica e a atenção básica. Editora Hucitec 2. ed. São Paulo, 2015.

BARBOSA, M I S; BOSI M L M. Vínculo: um conceito problemático no campo da saúde coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [ 4 ]: 1003-1022, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF): MS; 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_projeto\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

CAMPOS G W S. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhadas. São Paulo Hucitec. 2008.

COSTA-ROSA, A. (2009). Algumas notas sobre subjetividade e uso de drogas. Revista de Psicologia da UNESP, 8(2), 88-97., Disponível em: [https:// bit.ly/2DtjHvh](https://bit.ly/2DtjHvh). Acesso em: 25 de jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. (2013). Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo, SP: Unesp. CUNHA GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

DELANY C, GOLDING C. Teaching clinical reasoning by making thinking visible: an action research project with allied health clinical educators. BMC Medical Education volume 14, Article number: 20 (2014).

DUNKER, C. Reinvenção da intimidade - Políticas do sofrimento cotidiano. São Paulo, Ubu Editora, 2017.

ENDO, T C. Sofrimento psíquico à margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica. Ed. Zagodoni; Coordenação - Paulo Amarante, 1. ed. São Paulo, 2017.

FIORATI RC, SAEKI T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. Saúde Soc. 2012; 21(3):587-98.

FOUCAULT M. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

GONZALEZ REY, F L. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. Revista Psicologia da Educação, n.º 24, p. 155-179, 1º semestre de 2007.

GONZALES REY, F. L. (2002). Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

FREUD, S. (1996). O mal-estar na civilização. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 21, pp. 67-150). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1930 [1929]).

KODA, A Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In AMARANTE, P. (ORG). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 67-87.

LANCETTI, A. Contrafissura e plasticidade psíquica. Coleção Políticas do Desejo. Ed Hucitec. São Paulo, 2015.

LANCETTI A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.

MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MAGTAZ, A C, BERLINK, M T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em psicopatologia fundamental. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. Vol 15 nº 1, São Paulo Mar. 2012.

NORMAN G: Research in clinical reasoning. Med Educ. 2005, 39 (4): 418-427.  
10.1111/j.1365-2929.2005.02127.x.

PINTO D, JORGE MSB, PINTO AGA, VASCONCELOS MGF, CAVALCANTI CM, FLORES AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):293-302.

ROTHERLLI, F; LENORDIS, O; MURI, D. Disistituionalização rever esse título. 2. ed. São Paulo. HUCITEC, 2001.

SOUZA, A. (2008). Os discursos na psicanálise (2. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Cia. de Freud.

ROCHA, R V S, COELHO, M T A D. Pobreza e produção de subjetividade no cotidiano de usuários de um Centros de Atenção Psicossocial em Salvador-Ba. In: Walter Oliveira; Ana Pitta; Paulo Amarante (Org). Direitos humanos e saúde mental. 1. ed. São Paulo. Hucitec Editora. P 406-499, 2017.

PICHON-RIVIERE. Teoria do vínculo. 7.ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2005.

SHIMOGUIRI A F D T, COSTA, M F, BENELLI S J. COSTA-ROSA, A. Discutindo a clínica e o tratamento da toxicomania: dos discursos à constituição subjetiva. Psicologia USP, 2019, volume 30, e180014.

SANTOS, J M. A participação dos usuários no plano de tratamento em um CAPS-ad: um estudo de caso. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. Porto Alegre, 2017.

TENORIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. Cadernos do IPUB, Rio de Janeiro, n.17, 2000.

TEDESCO S, SOUZA T. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Carvalho S, Barros M, Ferigato S, organizadores. Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p. 141-56.

VILAR, E B; CHARAO, RB; ROCHA, BV; SARAIVA C L; PINTO; CB; ALTOE, DG; FREITAS J B; BUENO, ASC; DIAS S E. O cuidado às pessoas que fazem uso de drogas: alguns apontamentos. Revista Cadernos do Cuidado vol 3. N. 1, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:  
<https://cadernosdocuidado.observatoriodocuidado.org/index.php/CC/article/view/88>. Acesso em: 20 jan. 2020.

VASCONCELOS MGF, JORGE MSB, CATRIB AMF, BEZERRA IC, FRANCO TB. Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57): 31323. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-2057-0313.pdf> Acesso em: 22 jan. 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

XAVIER, E C; ROCHA K B. Subjetividade e interseccionalidade: experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. *Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá (Colombia) / Vol. 35(2) / pp. 267-282 / 2017 / ISSN 2145-4515 2.*

## **6.5 Artigo – 5 - Experiências de trabalho, pesquisa e aprendizagem em um serviço de saúde mental: relato de “um homem em tese”**

**Título: Experiências de trabalho, pesquisa e aprendizagem em um serviço de saúde mental: relato de “um homem em tese”**

**Autores: OLIVEIRA, G M; DALTRO, M R.**

### **RESUMO**

Os caminhos percorridos nas práticas de trabalho, cuidado e pesquisa em saúde mental e redução de danos são vastos de pressupostos, intencionalidades, sentimentos e atuações muitas vezes confusas e obscuras ao próprio trabalhador-pesquisador. Este artigo, parte de uma tese de doutoramento que analisou as perspectivas clínicas de cuidado em saúde mental e redução de danos e o processo de trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Trata-se de um relato de experiência autobiográfica que descreve e analisa as experiências dos autores. Escrita a partir da primeira pessoa do singular, foi norteada pela cartografia, permitindo experimentar as composições das ações de cuidado e (descuidos) e a construção de um conhecimento a respeito dos impasses e das descobertas presentes no trabalho e na pesquisa em saúde mental e redução de danos.

**Palavras chave:** Autobiografia. Pesquisa-intervenção. Saúde mental.

## **Experiências de trabalho, pesquisa e aprendizagem em um serviço de saúde mental: relato de “um homem em tese”**

Os caminhos percorridos nas práticas de trabalho, cuidado e pesquisa em saúde mental e redução de danos são vastos de pressupostos, intencionalidades, sentimentos e atuações muitas vezes confusas e obscuras ao próprio trabalhador-pesquisador.

No cenário brasileiro, a dinâmica frenética das instituições de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), as condições e contradições do trabalho e a imensidão dos fazeres assistenciais podem levar os profissionais a se perderem nas diretrizes e portarias ministeriais, nas teias de relações intra e interinstitucionais e em suas construções narrativas (ENDO, 2017). Portanto, colocar em representação os afetos e deslocamento do trabalhador é dar visibilidade ao singular, tonando mais claras as experiências vivenciadas e abrindo oportunidades para o compartilhamento coletivo.

Na verdade, não se trata apenas de tornar visível o comum de uma experiência, mas a força, a singularidade e as conexões que surgem em determinados momentos do cotidiano da atenção psicossocial.

Nesse sentido, a experiência de trabalho e pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), equipamento de saúde mental substitutivo ao modelo de atenção hospitalar e foco das reflexões deste artigo, favoreceu a compreensão de que muitas concepções e pontos de vista teórico-metodológicos são formulados e reformulados nas cenas de produção do cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Os CAPSad nascem como política pública de saúde fruto de movimentos de reforma. São equipamentos que operam não só com política, mas também como modo de produzir cuidados, aprendizagens e tecnologias. A aprendizagem no cotidiano do trabalho pertence às experiências e existências dos atores envolvidos e constitui-se como a travessia entre o visível/instituído/conhecido e a fronteira da produção de alternativas para aprender e desenvolver o trabalho (CECCIM; FERLA, 2008).

Portanto, nesse contexto marcado por movimentos e transformações, torna-se necessário que as práxis desenvolvidas nos CAPS sejam narradas, constituindo-se em memória das propostas, invenções e descobertas promovidas pela reforma psiquiátrica e luta manicomial e que transformem essas vivências em saberes, desenvolvendo capacidades de pesquisa em saúde mental (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).



Este estudo tem como objetivo, relatar uma experiência de trabalho e pesquisa de doutorado dos autores em um CAPSad, focalizando a reconstrução de um percurso de fazeres e saberes no cuidado em saúde mental e redução de danos.

### **Percurso metodológico**

Este artigo se constitui em um estudo de abordagem qualitativa e autobiográfica. A descrição das experiências de um autor sob a orientação da segunda autora está escrita a partir da primeira pessoa do singular e descreve a trajetória de realização da pesquisa de doutorado realizada no programa de pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública nos anos 2018 a 2020. O trabalho resulta da análise sobre o percurso de trabalho de um profissional de saúde mental que se faz doutor discutindo a experiência do trabalho clínico – baseado nos princípios da reforma psiquiátrica – num CAPSad, localizado na cidade de Salvador-Ba, nos anos 2012 a 2017.

O relato de experiência afirma-se como uma narrativa científica, que envolve processos complexos configuradores de produções subjetivas que performatizam, através da linguagem, a experiência do um solto - rever que, legitimado pela sua prática descreve e analisa acontecimentos e temporalidades. Trata-se de uma narrativa de pesquisa qualitativa contemporânea, construída a partir da concatenação, memória e elaboração daquilo que, ao acontecer, comove o autor, “invocando suas competências reflexivas e associativas, bem como suas crenças e posições de sujeito no mundo” (DALTRO; FARIAS, 2019, p. 3). Realiza-se como trabalho de linguagem colocando em evidência a singularidade da práxis, a construção de saberes referentes à experiência em si, mas também, coloca-se como ferramenta político-social de compreensão da diversidade própria da ciência contemporânea (DALTRO; FARIA, 2019). Assim, mostra-se um método de análise potente para a compreensão das perspectivas singulares do trabalho e da pesquisa em saúde mental e redução no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.

A construção narrativa do texto está inspirada pela cartografia, um método investigativo em que sujeito e objeto estão imbricados na mesma experiência e a pesquisa tem caráter de intervenção produzindo conhecimento (SILVA; DALTRO, 2018). No âmbito da pesquisa em ciências sociais e saúde, a cartografia tem crescido consideravelmente, porque possibilita uma diversidade de análises em contextos em que envolva investigação de fenômenos complexos ou que o objetivo analítico seja acompanhar o desenvolvimento e/ou processos (COSTA, 2014).

## **Contexto em que o estudo se realiza**

O estudo foi desenvolvido no CAPSad Gregório de Matos (CAPSad GM). O serviço caracteriza-se como um dispositivo docente-assistencial resultante de uma parceria firmada entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e a Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA através do Programa de Extensão Permanente: Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti – ARD-FC. O CAPSad GM fica localizado no prédio da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador (Pelourinho).

As atividades do CAPSad são ancoradas no contexto sociocultural, econômico e político marcado pelo aumento do uso problemático de álcool e outras drogas nas comunidades. A atenção em saúde para essa população tem lacunas assistenciais no município, tendo poucos serviços de atenção psicossocial estratégica para uma população de, aproximadamente, três milhões de habitantes. A proposta de localização do CAPSad no Centro Histórico ocorreu por se considerar essa região da cidade como um espaço complexo, marcado por muitas contradições e potencialidades, expressas pela presença constante de turistas, concentração de estabelecimentos comerciais diversos, múltiplas instituições sociais, setores públicos diversificados, uma população de baixo poder aquisitivo em que muitos deles vivem marginalizados e em situação de rua. Um território marcado por alto grau de pobreza econômica e violência e por atividades de geração de renda informal, especificamente, o tráfico e o consumo de drogas.

Além de estar alinhado às diretrizes do SUS, o centro fundamenta-se a partir dos princípios da clínica psicossocial e da redução de danos. A atenção psicossocial originou-se da reforma psiquiátrica brasileira sendo consolidada enquanto proposta de cuidado clínico-terapêutico com a política nacional de atenção à saúde mental apoiada na Lei 10.216 (BRASIL, 2002). Tal política buscou consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária que garantisse a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que as pessoas e a própria comunidade dispõem.

Articulados à atenção psicossocial, o CAPSad GM adota princípios da redução de danos, um paradigma surgido como alternativa à perspectiva da abstinência ao uso de drogas, caracterizado como um conjunto de conhecimentos e práticas voltadas para a minimização dos riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas e que permitem estimular o autocuidado, a promoção da saúde e a qualidade de vida e que se tornou política pública de saúde em 2006 (ANDRADE, 2011).

A integração dos princípios da clínica psicossocial e da redução de danos, embora oriente as práticas de atenção e cuidado desenvolvidas pela equipe do CAPSad GM, não se estabelece de forma tranquila. O percurso desses trabalhadores é permeado por desafios e aprendizagens que se produzem na dinâmica trabalho vivo em ato (MEHRY 2002).

Este relato de experiência é um recorte da tese de doutorado que teve como objetivo geral analisar as perspectivas clínicas e o processo de trabalho da equipe desse CAPSad. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa e retrospectiva que se utilizou da triangulação (TUZZO; BRAGA, 2016) como referencial metodológico.

## **Resultados/Discussão**

Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar; fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias etc. (LOURAU, 2004, p.148).

É sábado à noite e faz calor em um típico verão na Bahia! Estamos na véspera da Festa de Iemanjá e a cidade está fervendo. Amanhã faz oito anos que o CAPSad foi inaugurado. De lá para cá, muitas águas rolaram: águas de choro e alegrias, águas turvas e purificadas, águas de frustração e celebração. Uma genuína festa das águas, com todos os ritmos das marés. E, claro, nesse período rolou também muita ‘*água dura*’ porque ninguém é de ferro. Dou início ao processo de finalização da escrita desta pesquisa e, por coincidência ou trama dos Orixás, estamos no mesmo período do ano em que comecei essa experiência que resultou numa tese.

Ao iniciar a escrita das considerações finais, uma parte das minhas interrogações persistem, outras tantas diluíram-se nas águas temperadas desse mar de narrativas. Afinal, foram seis anos como trabalhador do CAPSad e dois anos e meio de investigação, estudo, silêncios, escolhas, solidão e entrega. Foi uma outra experiência...a primeira, como trabalhador, intensa, turbulenta, cheia de riscos, rabiscos, conflitos e tensões. Desta vez, foi com alguma calma, para que eu pudesse escutar os ecos das intensidades marítimas do trabalho na saúde mental e na redução de danos. Para Larossa-Bondiá (2002), esse é um tempo necessário à experiência, essa possibilidade de que algo te afete requer momentos de pausa, calma para o pensamento, para o olhar, o sentir vagaroso, para se demorar nos detalhes e cultivar delicadezas. Viver uma experiência, portanto, é deixar-se exposto e receptivo às afetações.

Mas teria estado atento a tudo que aconteceu nesse período como trabalhador e pesquisador? Consegui expressar e articular esta produção acadêmica com a potência

reflexiva que o trabalho em saúde mental exige e merece? Fui fiel à fala dos trabalhadores nas interlocuções do grupo focal? Aos registros documentais? Fui coerente com tudo que vi e vivi nesse período de oito anos? Seria possível um outro pesquisador percorrer esse caminho e encontrar resultados semelhantes às considerações apresentadas nesta tese de doutorado?

Embora a tese, metodologicamente, não se caracterize como cartográfica ou pesquisa-ação/ intervenção, a condição de ter trabalhado no CAPSad por seis anos me colocou numa posição muito íntima ao campo de investigação, aproximando-me dos modelos de profissional-pesquisador. Essa aproximação facilitou a entrada no campo, pois já conhecia algumas das suas regras implícitas. Por outro lado, de acordo com De Sanit Martin (2013), o meu conhecimento sobre as regras e os funcionamentos institucionais não apenas favorece, ele também dificulta a compreensão da experiência e dos fenômenos observados.

Assim, essas implicações de trabalhador e pesquisador, ainda que protagonizadas em tempos cronológicos distintos (no tempo lógico, essa divisão não é tão definida assim), produzem ressonâncias sobre os resultados encontrados.

Imerso no tempo da pesquisa, rememoro, penso no período em que trabalhava intensamente no CAPSad. Teria sido participativo e colaborativo o suficiente nas reuniões de equipe? Consegui militar por uma saúde mental verdadeiramente inclusiva e democrática? Será que, em algum momento, agi conforme o prisma manicomial? Fui condescendente com posturas profissionais opressoras? Estimulei a participação e o controle social dos usuários ou simplesmente abaixei a cabeça e fiz o trabalho que se tinha que fazer: o que se pede, o trabalho burocrático, morto, instituído e sem o investimento afetivo?

Possivelmente, em alguns momentos, sobretudo naqueles de maiores conflitos, cansaço e tensão, devo ter tomado decisões e assumido posicionamentos semelhantes às lógicas de cuidado que, de alguma forma, me incomodavam – seja pelo tecnicismo, pelo comodismo, pelo machismo, pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia ou mesmo pela indisponibilidade de abertura para novas possibilidades de se produzir o cuidado. Penso na impossibilidade de assumir uma posição estável, permanente de ser e fazer, de ser sempre acolhedor, democrático, antimanicomial, localizo meu movimento de báscula entre racionalidades que me constituíram, que me habitaram.

Em muitas situações, fiquei apreensivo com o modo de como as coisas aconteceram. E nem sempre tivemos desfechos felizes nos acompanhamentos dos usuários e nas decisões construídas. A prática cotidiana do CAPS é uma jornada marítima. Você tem sua embarcação, você conhece a maré, mas tem os ventos, o clima, a imensidão do mar. Ao sair para navegar, você pode prever algumas coisas, mas nunca todas elas, pois o vento sempre pode mudar e lhe

surpreender. Não há possibilidade de certeza de condutas, afetos ou racionalidades fixas, frente à exuberância das demandas sociais dos usuários ou diante das vastas confusões e dos atendimentos imperfeitos do serviço público de saúde mental (FIGUEREDO, 2000).

Entre algumas situações cotidianas em que fui tomado por ventos que me exigiram deslocamento, recordo-me de uma cena emblemática.

Um adolescente em situação de rua acompanhado pelo CAPSad chegou ao serviço sob intenso efeito do uso de crack. Mesmo sendo abordado por um técnico que, naquele dia, estava escalado para dar apoio à convivência, a sua inquietação não o permitia repousar sob a escuta. Adentrou ao serviço provocando a equipe e as demais pessoas que circulavam por lá e aguardavam para o início das atividades assistenciais.

O adolescente xingou os técnicos e demais usuários, derrubou mesas e cadeiras, arrancou plantas do jardim, correu pelo pátio, forçou entrada em áreas restritas do arquivo de prontuários, driblou o segurança, como se quisesse, a todo custo, chamar a atenção da equipe, sem conseguir responder às investidas de acolhimento.

Muito agitado, mas com alguma destreza, conseguiu subir numa área de, aproximadamente, seis metros de altura muito próxima ao telhado do CAPS e começou a fazer movimentos corporais. Dançava, cantava e gritava em alto e bom som para que todos acompanhassem perplexos a sua extravagante performance.

Desesperados, os profissionais se dividiam entre aqueles que se mobilizavam e suplicavam a descida do adolescente, pois compreendiam se tratar de uma situação de crise no contexto de álcool e drogas, com real risco de queda e morte do usuário e, outros, que o ignoravam convencidos do comportamento arteiro e manipulador, costumeiro nos dias consequentes aos ensaios musicais que embalavam o imaginário de nativos e turistas que frequentavam o Pelourinho nos verões da Bahia. Para esse grupo de profissionais, o adolescente sempre “tocava o terror” num constante jogo relacional e um “*aperto de mente*” da equipe do CAPSad. Eu não estava dividido, mas atravessado pelo desespero de, naquele espaço, estar responsável pelo adolescente e furioso com o seu poder de mobilização coletiva e desestruturação da equipe.

Nessa manhã de ressaca reversa, nada parecia convencer aquele jovem a desistir do seu espetáculo autoral. O telhado do CAPS, transformou-se em um grande palco onde todos poderiam vê-lo numa grandeza existencial, talvez, nunca experimentada. Usuários, trabalhadores, estudantes, familiares, curiosos, enfim, todos estavam ali como plateia, uma plateia apreensiva.

– *Chama a polícia! – Desce daí, menino, você vai cair! – Quando você descer, vou te pegar!* Eram muitas as tentativas e alertas para retirá-lo de lá.

A equipe se mobilizou e compreendeu que deveria chamar o psiquiatra. Afinal, tínhamos um usuário em crise e em risco iminente de morte. Curiosamente, para nós, o médico era a autoridade em assuntos dessa complexidade. Alguém precisava detê-lo, medicá-lo, estabilizá-lo ou interná-lo. A internação seria nossa última alternativa, mas faríamos isso, se necessário fosse. Afinal, éramos responsáveis pela vida daquele usuário e, mesmo orientados pelos princípios da reforma psiquiátrica, determinadas situações tinham os seus limites. E aquela parecia ser uma delas.

Mas, o que o psiquiatra poderia fazer? *Pensei encabulado*. Subir no telhado? Contê-lo? Como? Teria argumentos para convencer o usuário a descer de lá? Aplicaria alguma injeção? Alguma técnica diferenciada de convencimento? Bem, ele era o psiquiatra, dizia minha crença hesitante na racionalidade biomédica tradicional. Apesar da minha encabulada dúvida, estávamos confiantes em seu poder-saber resolver diante da gravidade da situação. Naquele momento, os pensamentos críticos sobre a invenção da psiquiatria como grande mãe dos dizeres sobre as insanidade e loucuras (FOUCAULT, 2002) sucumbiram frente ao medo e à impotência do não saber o que fazer.

Apesar de todo o investimento do psiquiatra, o usuário continuou protagonizando a sua cena. Nada parecia convencê-lo a descer do telhado, até que ouvimos um grito seguro e afirmativo: *O que que você está fazendo aí em cima, seu descarado, desce daí AGORA!!!! Se eu subir aí e te pegar, você vai se ver comigo!* Era a voz forte e maternal de Dorinha, a responsável pelos serviços gerais do CAPS, que estava chegando ao trabalho naquela tensa manhã.

Para minha surpresa e a de todos, com aquelas palavras em modo amplificado, o usuário, desceu em manobra serelepe. Deu a mão a Dorinha e foi conversar com ela numa área reservada no fundo do CAPSad. Parecia mágica!

O que teria acontecido ali? Que poder era esse que tinha Dorinha de convencer o usuário e resolver, com uma única frase, aquilo que estávamos tentando há eternos 30 minutos? Qual seria sua técnica? Seu método? O que havia em sua argumentação? O que pode uma ajudante de serviços gerais diante do psiquiatra e de toda uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental e com técnicas de manejo de crises?

Um tempo depois, a partir das nossas discussões em equipe, soubemos que Dorinha, numa relação aberta e de acolhimento, sempre preparava o macarrão instantâneo para ele

quase todas as manhãs em que chegava ao CAPSad com sua rotineira *'larica'*<sup>9</sup>. O cuidado de Dorinha não era acadêmico e especializado. Era produzido em ato (MERHY, 2002) e, a partir do **vínculo**, descarrilhado dos procedimentos protocolares, com aquilo que produz vida e experiências. Um cuidado que acontece no bojo do território institucional, mas também em outros espaços possíveis do viver (não só da saúde), por ocasião da disponibilidade de aberturas ao encontro com o outro. Porque, no cuidado em saúde, nada é só instituinte ou instituído, muitos atos de cuidado (e descuidos) podem acontecer nas dobras e bifurcações institucionais (MERHY, 2013).

Certamente esse não foi um caso isolado. Muitas outras situações foram manejadas no dia a dia pelos próprios usuários, familiares e estudantes que circulavam pelo serviço e pela equipe de trabalhadores do CAPSad (auxiliares de serviços gerais, recepcionistas, o auxiliar administrativo, o vigilante, a secretária, o porteiro). Trabalhadores que, a partir do vínculo e sem requerer uma condição técnico-acadêmica específica, foram eficientes em abordagens cuidadosas com os usuários. E eu estava ali, aprendendo-me gestor em ato, reconhecendo a potência das epistemologias circulantes, engendradas a afetos múltiplos e potentes.

No entanto, seria ingênuo acreditar e aceitar que as múltiplas situações e condições em que se eclodem as crises e os tensionamentos em saúde mental fossem acolhidas e contornadas com “abordagens Dorinha”. As situações em saúde mental, álcool e outras drogas são diversamente complexas e exigem múltiplas racionalidades, tecnologias e recursos de intervenção, sejam elas acadêmicas, científicas, políticas, relacionais ou prática dos conhecimentos populares, cotidianos e tradicionais. Diferentes racionalidades respondem a diferentes exigências do cuidado e, quando usuário-centradas e suficientemente orquestradas, conseguem promover o máximo possível de integralidade, segurança, autonomia e resolutividade às necessidades psicossociais. É nas relações que o cuidado psicossocial acontece e se movimenta (LANCETTI, 2007), mas também, nos descuidados, vivências de um cotidiano marcado pela pobreza, violência e desamparo estatal.

Igualmente ingênuo, seria acreditar que Dorinha não tivesse desenvolvido um modo próprio de cuidado com as suas experiências de vida e na convivência com os usuários e colegas de trabalho no dia a dia no CAPSad. Neste último destacamos a escuta, a observação, a experimentação, diálogo, a participação nas reuniões de equipe, nos cursos, leituras e conversas realizadas no momento do café, pelos corredores, nas interações com familiares de usuários, estudantes e a comunidade do território do Pelourinho. Integrava ao seu saber

---

<sup>9</sup> Vontade excessiva de comer provocada pelo uso de algumas substâncias psicoativas. Brasileirismos.

peçoal o fazer saber profissional promovendo um significado ampliado do trabalho num processo de educação permanente em saúde produzido no cotidiano do serviço (CECCIM, 2005). Para mim, na cena vivenciada, ficou a marca do desconcerto frente ao quanto estava atravessado por lógica que, por vezes, subestimava saberes ‘não especializados’, apesar de reconhecer a sua relevância. Mas ali novas significações se produziram, o vínculo era a grande potência do ato de cuidar em saúde mental.

Imerso em rememorar, compreendo que talvez tenha começado, nesse período, o desejo mais intenso de sistematizar essas experiências, calibrar o meu corpo sensível (ROLNIK, 2006) para iniciar as trilhas da tese, harmonizar e confrontar as minhas atitudes, conhecimentos e intenções com tudo aquilo que havia aprendido e desaprendido, nesse período, como trabalhador possível de um CAPSad.

A escolha em realizar a pesquisa com os trabalhadores afirma meu olhar curioso sobre a dinâmica das relações interpessoais profissionais, das conspirações e dos jogos relacionais que se ativam diante dos encontros humanos, dos gritos silenciosos e dos não ditos ensurdecedores, frequentes na construção cotidiana do cuidado psicossocial e na organização (e porque não produção?) da loucura, da adição e do caos presente no trabalho em saúde mental.

É importante destacar que as discussões sobre o trabalho e o cuidado psicossocial nos CAPSads, geralmente são fundamentadas nos princípios da RP e da redução de danos, e, embora sejam progressistas e inovadores, ainda conservam paradigmas de biopoder, controle sobre os corpos e discursos pautados numa lógica colonial (base do modelo manicomial). Estes paradigmas também me habitam e optar por construir uma tese, faz-se ato de resistir, produzindo investigações capazes de compreender essa prática de cuidado a partir do campo de desenvolvimento das subjetividades, essas, irreduzíveis a fórmulas universais, mas atravessadas por uma cultura, um tempo histórico. De acordo com Passos (2018), os movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial não escapam aos atravessamentos imputados pelo racismo estrutural e pelo colonialismo que sustentam a formação social brasileira. A autora nos alerta que esses movimentos ainda olham pouco para os saberes dos povos negros, indígenas, periféricos e ressaltam concepções eurocêntricas sobre as tecnologias de cuidado em saúde mental (especialmente os modelos italianos e franceses).

Ao longo da história humana, sob múltiplos contextos e perspectivas, diferentes cosmologias e racionalidades emergiram para acolher as nossas inquietações, necessidades, sofrimentos e interrogações. Todas elas tiveram seus métodos, seus méritos, seus limites, alcances e aplicabilidades. Na atualidade, os desafios da RP no SUS são inúmeros e



relacionam-se com questões específicas do trabalho e das práticas de cuidado em saúde mental, redução de danos e com a conjuntura de ações conservadoras e antidemocráticas que atingem o conjunto de políticas sociais e de saúde (AMARANTE; NUNES, 2018). Enfrentá-los demanda reconhecer, entre outras questões, as iniquidades sociais que marcam a nossa formação histórica e como elas se apresentam no debate teórico-prático-político do campo da saúde mental.

### **Considerações finais**

Com essa perspectiva, me dirigi a construir uma tese que versa fundamentalmente sobre relações. Discute modelos de cuidado na contemporaneidade fazendo uma crítica aos descuidos produzidos pelo Estado. Destaca as reuniões de equipe como territórios-ponte que têm potência de produção de identidades e afirma que as práticas clínicas no território do CAPSad se fazem a partir da construção de vínculos e são voltadas para a produção da vida. Mas, acima de tudo, desenhei uma tese que fala de processos relacionais de trabalho que se fazem como movimentos de navegação marítima. A navegação de um “homem em tese”

Refletir, repensar, fazer conexões e desconectar-se, dar sentido e compartilhar tudo o que vivi nesses 8 anos de relação próxima com esse equipamento social é trabalho minuciosamente artesanal que leva tempo e dedicação e que se distancia um pouco do mundo das urgências produtivas e das virtualidades contemporâneas.

Umberto Eco (2016), em seu livro *Como se faz uma Tese*, sinaliza que, para a construção de uma pesquisa, é preciso gosto e alegria. Assim também é o trabalho em saúde mental e redução de danos: necessita de tempo e libido para que possamos encontrar as pistas do sal que dá gosto e potencializa os afetos alegres, um dos antídotos para equilibrar a melancolia, os ressentimentos e as violências que atravessam a vida de trabalhadores e das pessoas que também fazem uso de drogas.

Quando à produção de cuidado e pesquisa são temperados com vínculos de solidariedade e alegria, o cotidiano das práticas e da investigação ganham força e se transformam numa permanente descoberta e reconstrução de si. Na curva final deste ciclo de trabalho e investigação, ainda me sinto um ‘homem em tese’: inacabado, aprendiz, em construção... como no cuidado em saúde mental que se faz, se desfaz e se refaz em vínculos, experiências, descobertas e invenções...Em movimento.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, T M. Reflexões sobre a política de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4665-4674, 2011.

BERLINK, M T. MAGTAZ, A C. TEIXIERA M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v11 n 1 p 21-28, 2008.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília: 2002.

COSTA, L. (2014). Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV*, 7(2), 066-077. <http://dx.doi.org/10.5902/198373481511>.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 23 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso: jun. 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

DALTRO, M R; FARIA, A A (2019). Relato de experiência: uma narrativa científica da pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* Rio de Janeiro v. 19 n. 1 p. 223-237

DE SAINT MARTIN C. Implication et surimplication du praticien-chercheur. *Fractal Rev Psicol* 2013; 25:461-74. *Modernidade*.19(1), 223-237. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>. Acesso em: ?

ECO, H. Como se faz uma tese? Ed Perspectiva, 26. ed. São Paulo – 2016.

ENDO, T C. Sofrimento psíquico à margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica. Ed Zagodoni. 1. ed. São Paulo, 2017.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FIGUEREDO, Ana Cristina. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Ed Relume-Dumará, 2. ed. Rio de Janeiro, 2000.

LANCETTI, A. A Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2007.

LOURAU, R. Analista institucional em tempo integral. Em S. Altoé (Org.), (pp.47-283). São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In *Análise institucional &*

saúde coletiva. Ed Hucitec . L'ABBATE S., MOURAO, L C., PEZZATO L M. Organizadoras. (2013).

MARANTE, P; NUNES, O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2067-2074, June 2018 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 23 june 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

PASSOS, R G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. Argum., Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. □ ISSN 2176-9575.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Ed. da UFRGS, 2006.

SILVA, R M; DALTRO M R. (2018) Experiências de sofrimento e enfrentamento no ingressar ao ensino superior: narrativa autobiográfica. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 7(3), 433-441. doi: 10.17267/2317-3394rps.v7i3.1930.

TUZZO S.A.; BRAGA, C.F. O Processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 4, n.5, p. 140-158, ago. 2016.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A pesquisa evidencia a construção coletiva do trabalho no CAPSad, inicialmente refletindo sobre as macropolíticas de cuidado às pessoas que também usam drogas e, posteriormente, identificando as funções da reunião de equipe, o exercício da interprofissionalidade e as concepções clínicas como dispositivos de produção social na atenção psicossocial.

No primeiro artigo, refletimos sobre os principais posicionamentos políticos para o enfrentamento das questões psicossociais e de saúde relacionadas ao consumo de drogas no Brasil: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos, perspectivas essas que se organizam a partir das políticas públicas oriundas da justiça e da saúde. Destacou-se a ascensão de políticas públicas conservadoras, com difusão de discursos de privilégios, xenofobia, racismo e estratificação de pessoas que não só ampliam desigualdades, mas reafirmam a ausência do Estado como dispositivo adequado e, com isso, considera a oferta religiosa como uma saída para os problemas sociais de pessoas que merecem menos direitos. Nesse contexto, emergem políticas públicas de (des)cuidado aos usuários de SPAs que consideram agendas de conservadorismos e costumes, esvaziadas de coerência discursiva.

No segundo artigo, destacamos que as reuniões de equipe compõem um entrelaçamento entre o corpo social, os campos e núcleos de saberes, as práticas, as estruturas e as dinâmicas institucionais configurando-se como um território-ponte nos processos de trabalhar e cuidar no CAPSad. Assim, a função da reunião ultrapassa a dimensão de estratégia, método ou ferramenta, configurando-se em conexões, formações identitárias, fazeres e desfazimentos.

Em relação à interprofissionalidade, tema central do terceiro artigo, observamos a predominância de uma dimensão mais ampla com perspectivas identitárias coletivas não essencialistas, permeada por movimentos, conflitos e permanente reconstrução de si. Nesse sentido, o trabalho coletivo dessa equipe produz novas e distintas possibilidades de operar o campo de prática, funcionando como uma estrutura aberta (coringa) que implica o imprevisto, o improvisado e o exercício de criatividade como propostos pelos princípios da reforma psiquiátrica e pelos movimentos sociais de luta antimanicomiais.

Quanto à dimensão clínica, observou-se que a força dos fluxos que se interseccionam no território do CAPS produz uma dinâmica bascular orientadora com potencial para favorecer deslocamentos e movimentar permanentemente os planos e as práticas de cuidado adotadas. Para esses trabalhadores, a maneira de pensar a clínica e construir os planos de

cuidado não são apenas reflexos e efeitos do sofrimento produzido em contexto, mas também, formas de resistir e responder aos mecanismos que tensionam o exercício assistencial. A construção de vínculos, a produção de vida, o trabalho ampliado colaborativo e a reflexividade diante das tensões do cuidar são alguns balizadores que circulam e movimentam a micropolítica da clínica no contexto desse CAPSad.

Uma análise de implicação do processo de produção da tese foi narrada no quinto e último artigo, permitindo experimentar as composições das ações de cuidado e (descuidos) e a construção de um conhecimento a respeito dos impasses e das descobertas presentes no trabalho e na pesquisa em saúde mental e redução de danos.

Na realidade dos profissionais desse CAPSad, a dinâmica que sustentava certas identidades, racionalidades e modos de atuação profissional já não responde às necessidades da população em sofrimento, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua que, em seu cotidiano, estão privados de quase todos os direitos. Tais condições desafiam essa equipe a inventarem, permanentemente, no bojo do trabalho vivo, novas identidades sobre si e sobre os modos de pensar a clínica e produzir o cuidado no âmbito da atenção psicossocial.

As limitações do estudo foram destacadas no corpo dos artigos. Apesar das reflexões circunscreveram a realidade de um CAPSad e a singularidade de um contexto específico, portanto, sem pretensões de generalizações, acreditamos que as considerações apresentadas podem revelar aproximações com a realidade de outros serviços de saúde mental e contribuir no processo de educação permanente em saúde das equipes dos diversos serviços que compõem o SUS.

### **7.1 De cara com uma pandemia no tempo de concluir. E agora?**

Embora esteja sob os auspícios do tempo cronológico, a construção da tese de doutorado tem uma temporalidade própria que também é regida pela singularidade do pesquisador em contexto. Depois de viver a experiência que me possibilitou lançar um primeiro olhar sobre o trabalhar e o cuidar no CAPSad e investir na compreensão sistematizada do vivido, no tempo de concluir, o mundo foi surpreendido pela pandemia do coronavírus.

Muitas dúvidas, medos e ansiedades provocaram mudanças e impactos emocionais em inúmeras pessoas, sobretudo porque a ausência de uma medicação de combate aos problemas de saúde e as mortes geradas pelo vírus impulsionaram um conjunto de medidas sanitárias e restritivas. Nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) recomendou,

fortemente, o distanciamento social como alternativa mais efetiva para o seu controle e a sua prevenção.<sup>(80)</sup>

Segundo a Fiocruz (2020), durante uma pandemia, é esperado que as pessoas fiquem em constante estado de alerta, ansiosas, preocupadas, confusas e com a sensação de falta de controle frente às incertezas do momento, podendo levá-las ao sofrimento e adoecimento psíquico graves e ao aumento do consumo de substâncias psicoativas.<sup>(81)</sup>

Sobre o uso dessas substâncias, recentemente, em conversa com uma amiga, ela comentava sobre as dificuldades de se “*ficar de cara*” nesse período. Na gíria brasileira, essa expressão tem diversos significados e, de modo geral, está relacionada a um estado de espírito diante do inusitado. Na dificuldade ou impossibilidade de ficar frente a frente ao inesperado e suas consequências (ou seja, *ficar de cara*), muitas pessoas acabam utilizando substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas como recurso/alívio/remédio para o desconforto emocional. Pesquisas recentes sugerem aumento nos padrões do uso de álcool para lidar com o estresse nessa situação de crise, ressaltando, entretanto, o potencial risco e os danos no segmento pós-pandemia<sup>(82)</sup>, certamente, uma questão a ser pensada pelas pessoas, comunidades, órgãos gestores, instituições e equipes de saúde.

Além do impacto na dimensão psicossocial, a pandemia do coronavírus tornou ainda mais evidente as fragilidades na forma como a sociedade está organizada. Ao mesmo tempo em que a pandemia revela a incapacidade do sistema socioeconômico vigente em responder aos desafios da crise de saúde global, ela nos alerta que a humanidade terá que se despir de velhas práticas, teorias e modelos e reinventar soluções e caminhos mais humanitários, democráticos, distributivos e que busquem integração saudável e sustentável do homem com os recursos da natureza<sup>(83)</sup>.

E agora? Será que essa pandemia também anuncia uma iminente morte dos fundamentos e das práticas de trabalho e cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas tal qual o conhecemos até o momento? De repente, o vínculo construído corpo a corpo, no contato, nas trocas e nos abraços, nos espaços de convivência, no suporte mútuo dos grupos de saúde, das oficinas e atividades coletivas e na liberdade em transitar em diversidade coletiva e sociabilidades pelos territórios – eixo do cuidado psicossocial proposto pela RP e presente em muitos CAPSad – foram colocados em suspenso em virtude do distanciamento social. Como alternativa, passamos a utilizar (de forma integral ou parcial) as tecnologias digitais de informação (computadores, smartphones e tablets) como principal ferramenta de comunicação, trabalho, educação, assistência à saúde e encontro entre as pessoas.

Quais os impactos da intermediação das tecnologias digitais sobre o afeto, a subjetividade e o vínculo nas práticas clínicas em saúde mental e redução de danos? Estaria esta tese obsoleta antes mesmo da sua defesa? Há espaço e valor de uso no cenário pós-pandemia para as considerações sobre as atuais políticas públicas de saúde voltados aos usuários de drogas? Sobre o território-ponte nas reuniões das equipes do CASPad? Para as atitudes e facetas dos coringas do cuidado no exercício da inteprofissionalidade em saúde mental, álcool e outras drogas? Para as interrogações e reflexividades propostas sobre a construção da clínica no CAPSad e a produção de conhecimento em saúde mental?

Para Rojas (2018), as tecnologias de cada época também contribuem para a configuração de outras formas de subjetividade e vinculação.<sup>(84)</sup> Em sua diversidade, as tecnologias tanto são produtos quanto produtoras do humano. Para a autora, mesmo quando o mundo digital envolve riscos, como aliciamento, isolamento e destruição, ele também promove a construção de habilidades cognitivas, afetivas e comunicativas ainda não exploradas, produzindo, cotidianamente, processos de subjetivações.

Embora essa discussão seja válida, a utilização das tecnologias digitais no cuidado em saúde mental ainda é uma realidade restrita a uma parcela muito pequena e privilegiada da população brasileira, muito distante dos CAPSad e de outros serviços públicos; pouco acessível à maioria dos usuários do SUS.

Penso que a tese desenvolvida, embora fundamente-se na dimensão analógica e em referências ancoradas em uma época eurocentrada e colonial, buscou dialogar com múltiplas racionalidades que se aproximam de outras epistemologias de cuidado; ampliadas, inclusivas e abertas à diversidade de formas de ser, estar e pensar o (no) mundo.

Procurei costurar um conhecimento que nasceu do território do CAPSad a partir da minha experiência, memórias, documentos e narrativas dos profissionais. Compartilhar essas experiências promovidas por um coletivo de trabalhadores é, de alguma maneira, reivindicar a legitimidade de um ‘saber cuidar’ inventivo que se constrói, se desfaz e se reconstrói permanentemente no trabalho colaborativo vivo e em ato<sup>(48)</sup>.

Esse momento de pandemia interroga fortemente o nosso tempo; o tempo da saúde e da clínica, o tempo do trabalho e das nossas produções, o tempo da pesquisa e do conhecimento, o tempo do viver e do morrer, o tempo de cada um em seu tempo de olhar, compreender e concluir. O tempo da quarentena com o distanciamento do outro, interroga a nossa falta de tempo, até então, para conviver, inventar, contemplar, aprender e repartir e afirma que, nessa teia de mutualidades, não há como escapar de si.

Não sabemos ao certo sobre o futuro, as relações e produções assistenciais em saúde mental e redução de danos pós-pandemia. Os caminhos trilhados nos trouxeram até aqui. Sigamos em movimento, implicados às novas experiências e descobertas, atentos e críticos aos aspectos do pensar que confluem para ações de opressão, exclusão, destruição e morte. Discutir sobre a preservação do cuidado à saúde mental e tudo aquilo que potencializa o viver é, de certa forma, transgressor e, conseqüentemente, atemporal.



## REFERÊNCIAS

1. Bahia. Secretaria Estadual da Saúde (SESAB). Projeto Terapêutico Institucional do CAPSad Gregório de Matos; 2012.
2. Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem*, 2006 dezembro;10(4): 694-702. Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.
3. World Health Organization. United Nations Office on drugs and crime. World drug report. New York; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2002.
5. Brasil. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Política de atenção integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Brasília (DF); 2006.
7. Peduzzi M, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 2013; 47(4): 977-983. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029). Acesso em: 29 mar. 2018.
8. Milhomen MAG, Oliveira ABG. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial. *Cogitare Enfermagem*, vol. 12, núm. 1, enero-marzo, 2007, 101-108 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em: [pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf](http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf). Acesso em: 20 fev. 2019.
10. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública* 2019 Out; 35 (11): 31.
11. Foucault M. História da loucura na idade clássica (8. ed.) São Paulo: Perspectiva. 2005.
12. Canguilhem G. O normal e o patológico (5. ed.) (Barrocas MTR, Leite LCFB. Trads.). Rio de Janeiro: Forense, 2002.
13. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Ed Fiocruz. 4. ed.: 2015. SBN: 978-85-7541-430-9.
14. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

15. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000:141-168.
16. Brasil. Ministério da Saúde (BR). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília (DF); 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde (BR). *Saúde mental - Cadernos de Atenção Básica*. Brasília (DF); 2013.
18. Amarante P, Nunes M de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, June 2018; 23(6): 2067-2074. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 July 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em 02/02/2020
19. Encontro de Bauru: 30 Anos de Luta “Por Uma Sociedade Sem Manicômios. Relatório Final. São Paulo. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf> Acesso em: 2 fev. 2018.
20. Brasil. Câmara Federal. Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241/2016. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351> Acesso em 20/01/2020.
21. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2002 jan.-abr; 9(1):25-59.
22. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009;14(1):297-305.
23. Gama JR de A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis* [online]. 2012; 22(4):1397-1417.
24. Kuhn TS. *A Estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2009.
25. Tenório F, Rocha EC. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. Em: Alberti S, Figueiredo AC. (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. Confuso – rever. 2006: 55-72.
26. Costa-Rosa A. *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo, SP: Unesp. 2013.
27. Campos GWS. A Clínica do sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos G.W.S (Org.). *Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 2003, 51-82.
28. Bedrikow R, Campos GWS. *História da clínica e a atenção básica*. Editora Hucitec 2. ed. São Paulo, 2015.

29. Endo TC. Sofrimento Psíquico à margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica. Ed. Zagodoni; Coordenação - Paulo Amarante, 1. ed. São Paulo, 2017.
30. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; nov;25(11):2309-2319.
31. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Revista Psico*. 2011; 42(2). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/issue/view/482>. Acesso em 20/03 2019.
32. Becker H. Les drogues: que sont-elles?. In: Becker, Howard. *Qu'est-ce qu'une drogue?* Anglet: Atlantica, 2011, pp. 11–20.
33. Espinheira G. Os tempos e os espaços das drogas. In: Tavares LA, Almeida ARB, Nery Filho A, et al. (Org.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.
34. Macrae E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In: *Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social; 2007; Rio de Janeiro: ABRAPSO; XIV Encontro Nacional da ABRAPSO [serial on the internet]. Rio de Janeiro, RJ: ABRAPSO; 2007 [cited 2017 Jul 10]; 1(1): 1-4. Available from: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>.*
35. Tammi T, Hurme T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *The International journal on drug policy*. 2007 April; 18(2):84-7. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/6150949\\_How\\_the\\_harm\\_reduction\\_movement\\_contrasts\\_itself\\_against\\_punitive\\_prohibition](https://www.researchgate.net/publication/6150949_How_the_harm_reduction_movement_contrasts_itself_against_punitive_prohibition) . Acesso em 20/12/2019
36. Wodak A. Harm Reduction is now the maristream global drug policy. *Addicrion*. 2009; 104( 3):343-345.
37. Andrade TM. Reflexões sobre a política de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4665-4674, 2011.
38. Jimenez L, Andrade EM, Batistella L. Uso de drogas e ato infracional Revisão integrativa de artigos brasileiros. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, ISSN-e 1692-715X, Vol. 14, Nº. 2 (Julio - Diciembre), 2016:939-955.
39. Ribeiro MM, Araújo MR. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu; 2006; 457-68.
40. Almeida, et al. *Drogas? Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Alba Riva, Antonio Nery Fo, Edward MacRae, Luiz Alberto Tavares (coord.) e Olga Sá Ferreira Salvador: Edufba/Cetad, 2004.
41. Beek IV. Harm reduction: an ethical imperative. *Addiction* 2009; 104:342-3.

42. Karam ML. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. Drogas, direitos humanos e laço social. Brasília (DF): CFP; 2013.
43. Gomes-Medeiros D, Faria PH, Campos GWS, Tofoli LF. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7):e00242618.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.
46. Cavalcanti MT. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 35 (11) 31 Out 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184619>. Acesso em 02/03/2020
47. Franco TB. Micropolítica da gestão e trabalho em saúde. In Políticas de saúde (Orgs): Abrahao AL, Franco TB, Maia C. Niteroi: Uff. Cead, 2016. p. iSbN: 978-85-62007-43-9.
48. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
49. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1):141-151, 2018.
50. Rezio L de A, Oliveira AGB de. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010; 14(2):346-354.
51. Ballarin MLGS, Miranda IMS, Carvalho CM. Centro de Atenção Psicossocial do Município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 2011 maio/ago; 20(3-4):59-67.
52. Reeves S. Developing and delivering Practice-based Interprofessional Education. Berlin - Germany: Verlag Dr. Müller, 2008. 224p.
53. Peduzzi M, Ciampone MH. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, org. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005: 108-24
54. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein MT. Collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 2018; 32(1):1-3.
55. Bauman Z. Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: J. Zahar. 2005.
56. Silva TT. Identidade e diferença: A perspectiva dos estudos culturais. Ed Vozes. 15. ed. Petropolis – RJ, 2014.
57. Ellery AEL. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [citado 2020 Jul 05]; 18( 48 ): 213-214. Disponível em:

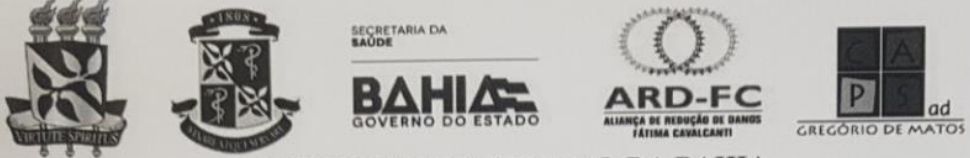
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000100213&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100213&lng=pt). <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0387>.

58. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Revista Interface*, 2018; 22(Supl. 2):1739-49.
59. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):202-4.
60. Barros RB. O dispositivo grupal no processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: Amarante P, organizador. *A loucura da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000: 277-83.
61. Ribeiro CJS. Plano Grupal transdisciplinar: cartografando uma equipe de saúde mental. [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. 2002.
62. Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014;19(4):1103-1112.
63. Tuzzo AS, Braga CF. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), 2016, ago;4(5): 140-158.
64. Meneghetti FK. O que é um Ensaio-Teórico?. *Revista de Administração Contemporânea*, 2011;15( 2):320-332.
65. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
66. Gonzales Rey FL. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2002.
67. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: uma narrativa científica da pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* Rio de Janeiro 2019; 19(1): 223-237.
68. Moreira SV. Análise documental como método e como técnica. In: Duarte, Jorge; Barros, Antônio (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.
69. Sá-Silva JS, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* Ano I - Número I - Julho de 2009 [www.rbhcs.com](http://www.rbhcs.com) ISSN: 2175-3423.
70. Esquinsani RSS. As atas de reuniões enquanto fontes para a história da educação: pautando a discussão a partir de um estudo de caso. *Educação Unisinos* 2007 maio/Agosto;11(2):103-110.
71. Robert P, Rech CM, Lisdero P, Fachine RF. *Metodologia em ciências sociais hoje*. Ed.Paco Editorial. Vol 2. São Paulo, 2016.

72. Minayo MCS (organizadora). Pesquisa social: teoria método e criatividade. Ed Vozes. 21. ed. Petrópolis-RJ, 2002.
73. Merhy E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. Ed Hucitec. L´Abbate S, Mourao, LC, Pezzato LM. Organizadoras. 2013.
74. Kinalski DDF, Paula CC de, Padoin SM de M, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017;70(2): 424-429. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>.
75. Freire P. *Conscientização*. 4. ed. Editora Cortez; São Paulo, 2016.
76. Stalmeijer RE, Naughton NM, Van Mook WNKA. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91 *Journal Medical Teacher* Volume 36, 2014 - Issue 11 Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>. Acesso em 20/06/2019.
77. Brasil. Resolução Nº 466, 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
78. González Rey FL. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2002.
79. Silva RM, Daltro MR. Experiências de sofrimento e enfrentamento no ingressar ao ensino superior: narrativa autobiográfica. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* 2018; 7(3): 433-441. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i3.1930.
80. Costa L. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV*, 2014;7(2);066-077. <http://dx.doi.org/10.5902/198373481511>. Acesso Em 20/06/2020.
81. OMS (Organização Mundial da Saúde). *Saúde mental e atenção psicossocial. Considerações durante a COVID-19*. Março de 2020.
82. FIOCRUZ–Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha\\_recomendacoes\\_gerais\\_06\\_04.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf). Acesso em: 18 maio 2020.
83. Rehm J, et al. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*- 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dar.13074>. Acesso em: 20 maio 2020.
84. Santos BS. *A Cruel pedagogia do vírus*. Ed Boitempo. São Paulo. 2020.
85. Rojas MC. Vínculos y subjetividades en la era digital. *Vínculo*, São Paulo, 2018; 15(1):83-89. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902018000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902018000100009&lng=pt&nrm=iso) . Acesso: em 18 maio 2020.

## APÊNDICES

### Apêndice 1 – Carta de anuência institucional



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
 Fundada em 18 de Fevereiro de 1908  
 Aliança de Redução de Danos – Fátima Cavalcanti  
**EXTENSÃO PERMANENTE DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
 Largo Terreiro de Jesus, s/n – Pelourinho. CEP 40.026-010 – Salvador / Bahia  
 TELEFONES: (71) 3283.5547 / 3322.0235 / 3322.0304  
[www.medicina.ufba.br/ard-fc](http://www.medicina.ufba.br/ard-fc) Email: [capsad\\_gregoriodematos@yahoo.com.br](mailto:capsad_gregoriodematos@yahoo.com.br)

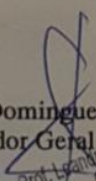
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS**  
**GREGORIO DE MATOS**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que após tomar conhecimento e avaliar a proposta do projeto de pesquisa “A construção da clínica psicossocial: as invenções do cuidado em saúde mental e redução de danos na perspectiva dos trabalhadores de um CAPS ad” de autoria do pesquisador Gerfson Moreira Oliveira, concordamos em participar do mesmo. O objetivo principal do projeto supracitado consiste em identificar e analisar as práticas clínicas de cuidado e o processo de trabalho da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, à luz dos pressupostos teóricos da reforma psiquiátrica brasileira. O pesquisador e sua equipe estão autorizados a acessar os registros das reuniões técnicas e documentos institucionais, assim como observar o processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Gregório de Matos.

Salvador, 14 de Dezembro de 2017

Atenciosamente,

  
**Leandro Dominguez Barreto**  
 Coordenador Geral do CAPSad Gregório de Matos  
 Prof. Leandro Dominguez Barreto  
 Coordenador  
 CAPSad - Gregório de Matos

**Apêndice 2 – Planilha de sistematização das unidades de registros/categorias temáticas das atas de reunião de equipe do CAPSad.**

ATA Nº _____	MÊS-ANO ____/____/____	UNIDADES DE REGISTRO DAS ATAS	(CO-CORRÊNCIAS???) No unidade/território/município ou Estado (observados a partir das discussões- repercussões na reunião)	OBSERVAÇÕES/INFERÊNCIAS
<p><b>A - TEMAS</b> núcleos de sentidos das atividades/práticas desenvolvidas na assistência aos usuários que geraram discussões-repercussões na equipe interprofissional durante a reunião (positivas (+) ou conflitivas (-))</p> <p><b>B - PERSONAGENS</b> Usuários que mobilizaram a equipe de forma significativa</p> <p><b>C- ACONTECIMENTOS MARCANTES</b></p>		<p><b>CATEGORIA DOS TEMAS</b></p> <p>Informes/administrativo - (1) Processo de trabalho - (2) Discussões clínicas (PTS) - (3) Saúde do trabalhador/sufrimento - (4) Educação Permanente/Continuada- (5) Outro (especificar) - (6)</p>		
		<p>Informes/administrativo - (1) Processo de trabalho - (2) Discussões clínicas (PTS) - (3) Saúde do trabalhador - (4) Educação Permanente/Continuada- (5) Outro (especificar) - (6)</p>		
		<p>Informes/administrativo - (1) Processo de trabalho - (2) Discussões clínicas (PTS) - (3) Saúde do trabalhador - (4) Educação Permanente/Continuada- (5) Outro (especificar) - (6)</p>		
		<p>Informes/administrativo - (1) Processo de trabalho - (2) Discussões clínicas (PTS) - (3) Saúde do trabalhador - (4) Educação Permanente/Continuada- (5) Outro (especificar) - (6)</p>		
		<p>Informes/administrativo - (1) Processo de trabalho - (2) Discussões clínicas (PTS) - (3) Saúde do trabalhador - (4) Educação Permanente/Continuada- (5) Outro (especificar) - (6)</p>		
		<p>Informes/administrativo - (1) Processo de trabalho - (2) Discussões clínicas (PTS) - (3) Saúde do trabalhador - (4) Educação Permanente/Continuada- (5) Outro (especificar) - (6)</p>		
		<p>Informes/administrativo - (1) Processo de trabalho - (2)</p>		



### Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana  
Av. Dom João VI, nº 275, Brotas. CEP: 40290-000  
tel.: (71) 3276 8200 fax.: (71) 3276 8202

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título: A construção da clínica psicossocial: as invenções do cuidado em saúde mental e redução de danos na perspectiva dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**

**TELEFONE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL: 71 3276-8200/99918-2166**

Você está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, da pesquisa de doutorado denominada **A construção da clínica psicossocial: as invenções do cuidado em saúde mental e redução de danos na perspectiva dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas** desenvolvida por Gerfson Moreira Oliveira, sob a orientação de Mônica Daltro, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

O objetivo deste estudo é analisar as práticas de cuidado e o processo de trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) onde você trabalha. Os resultados desta pesquisa nos ajudarão a descrever e compreender as principais estratégias de cuidado em saúde mental e redução de danos utilizadas pela equipe no acompanhamento dos usuários, contribuindo assim para o registro histórico das práticas desenvolvidas pelo CAPS, mapeamento de novas tecnologias de cuidado nessa área de conhecimento, e melhor entendimento sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho, com vistas a buscar alternativas para melhorias na qualidade da assistência em saúde.

Caso decida participar, realizaremos uma entrevista individual de aproximadamente 40 minutos, com perguntas sobre dados sociodemográficos, características do trabalho e de sua experiência profissional. Você pode também ser convidado(a) a participar de dois encontros em grupo com outros trabalhadores do CAPSAD. Estes encontros terão duração de aproximadamente 90 minutos cada, neles serão investigadas as percepções do grupo sobre os desafios presentes no cotidiano do trabalho incluindo a discussão sobre as estratégias terapêuticas utilizadas. As entrevistas individuais e grupais serão gravadas com posterior transcrição e realizadas em dia e horário de conveniência das partes; acontecerão na sala da sede do próprio CAPSAD, que apresenta as condições de conforto, sigilo e seguranças adequadas ao processo da pesquisa.

Se, em algum momento, você sentir desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica, a entrevista ou atividade de grupo será imediatamente interrompida. Caso necessário você poderá ser atendido (a) individualmente pelos psicólogos pesquisadores no local ou posteriormente no consultório particular dos mesmos com possibilidade de posterior encaminhado a um centro especializado, caso seja necessário. Você poderá desistir a qualquer momento do estudo sem nenhum prejuízo na sua relação com a instituição. Havendo algum dano, comprovadamente decorrente das entrevistas ou do grupo focal, os pesquisadores comprometem-se a indenizar os participantes.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com os pesquisadores envolvidos: Gerfson Moreira Oliveira pelo telefone (71) 99918-2166 e Mônica Daltro pelo número (71) 3276-8260 ou (71) 98787-8793. Você

não terá nenhuma despesa para participar da pesquisa e não lhe será fornecido nenhum tipo de indenização. Na apresentação de quaisquer dos resultados do estudo não haverá qualquer tipo de identificação referente aos sujeitos do estudo. Sua assinatura indica que você decidiu participar da pesquisa como voluntário e que leu e entendeu todas as informações acima especificadas. Esse termo foi emitido em duas vias, ambas devem ser assinadas e a segunda ficará em seu poder como participante da pesquisa. Os resultados contribuirão para o fortalecimento de uma prática profissional humanizado no âmbito dos cuidados em saúde com usuários de CAPSAD e quaisquer dano promovido pela exposição ao estudo serão indenizados pelos pesquisadores.

O material coletado ficará sob a responsabilidade do pesquisador, em seu domicílio em armário com chave, por um período de 5 anos. Finalizado este prazo, os documentos serão destruídos, de forma a não permitir a quebra do sigilo das informações nele contida.

Você não será responsabilizado por nenhum custo relacionado a esta pesquisa. Fica assegurado o seu direito de pedir outros esclarecimentos sobre a sua participação, agora ou mais tarde, e o acesso, a qualquer tempo, às informações relacionadas à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas, podendo entrar em contato direto com o pesquisador em seu endereço: rua Nossa Sra. de Brotas, 107, Ed Fauna ap 1003, Brotas – Salvador -Ba (CEP – 40.283-170), através do telefone celular 71 9918-2166 ou pelos emails: gerfson@gmail.com / gerfsonoliveira@bahiana.edu.br. Caso você tenha algum dano por participar do estudo, os pesquisadores comprometem-se em indeniza-los.

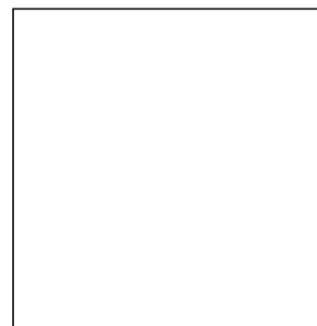
O pesquisador responsável por este estudo é **GERFSON MOREIRA OLIVEIRA**, psicólogo, aluno do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Av. Dom João VI, nº 275, Brotas. Salvador-Ba. CEP: 40290-000 tel :(71)3276-8225.

Se você aceitar a participar da pesquisa depois de ter lido este texto, por favor, rubrique a primeira página e assine a última página deste documento, que também será rubricada e assinado pelo pesquisador, em duas vias de igual teor, sendo uma dada a você e a outra ficara com a equipe do estudo.

#### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar, voluntariamente, desta pesquisa, após ter lido o consentimento informado, ter sido suficientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado. Informo ainda que recebi uma cópia deste documento de igual teor.

_____	____/____/____
Assinatura do participante	Data
_____	____/____/____
Assinatura do pesquisador	Data



## ANEXOS

## Anexo 1 – Parecer do comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A construção da clínica psicossocial: as invenções do cuidado em saúde mental e redução de danos na perspectiva dos trabalhadores de em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

**Pesquisador:** Mônica Ramos Daltro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 90497418.8.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.809.812

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisadora considera que no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) as práticas clínicas de cuidado em saúde mental precisam estar articuladas aos modos de vida das comunidades e às políticas comprometidas com os direitos humanos. Por serem recentes, as políticas de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas, enfrentam diversos obstáculos para sua operacionalização; dentre eles, a necessidade de superação dos modelos assistenciais biomédicos e os desafios dos trabalhadores em desenvolverem tecnologias de cuidado que dialoguem com as racionalidades científicas, discursos socioculturais e meios de trabalho diversificados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

1. Analisar as práticas clínicas de cuidado e o processo de trabalho em saúde mental e redução de danos da equipe interprofissional de um CAPS AD, à luz dos pressupostos teóricos e técnico assistenciais da reforma psiquiátrica e das políticas públicas de saúde mental do Brasil

Objetivo Secundário:

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.290-000

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.809.812

- Identificar as principais estratégias terapêuticas e práticas de cuidados assistenciais utilizadas pelos trabalhadores;
- Analisar as temáticas e situações mais frequentes discutidas nas reuniões de equipe e as decisões clínico institucionais delas decorrentes;
- Discutir os parâmetros de eficácia terapêutica na assistência psicossocial dos usuários de substâncias psicoativas;
  - Analisar os sentidos do trabalho dos profissionais no cuidado às pessoas em sofrimento psicológico decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora:

**Riscos**

Existe a possibilidade de que o sujeito da pesquisa possa sentir algum tipo de desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica, nesse caso, a entrevista e/ou grupo focal serão imediatamente interrompidos. Caso os participantes da pesquisa necessitem, poderão ser atendidos (as) pelos próprios pesquisadores (doutorando e orientadora) nas dependências de seus consultórios particulares para acolhimento e encaminhamento especializado, caso seja necessário.

**Benefícios**

Os pesquisadores se comprometem a fornecer uma devolutiva individual e/ou coletiva, a todos os participantes que tenham interesse de conhecer os resultados produzidos. A devolutiva contemplará apresentação de resultados, orientação e encaminhamento, caso necessário. Institucionalmente espera-se compor a descrição de um quadro de práticas que sirva de referência as futuras intervenções, assim como desenvolver projetos de cuidado e promoção à saúde dos profissionais envolvidos no CAPS de forma geral.

Comentário ético: a pesquisadora considera o risco de mobilização dos participantes da pesquisa. Indica manejo, atendimento psicológico, também, indica os benefícios da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa e retrospectiva com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas localizado no município de Salvador Bahia. Os dados serão coletados a partir da construção de múltiplos vértices de investigação: pesquisa documental, entrevistas e grupo focal com os trabalhadores. A primeira etapa do estudo está

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**CEP:** 40.290-000

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.809.812

configurada como uma análise documental de atas das reuniões de equipe multiprofissional realizada nos últimos anos. Na segunda etapa serão realizados dois encontros presenciais, de aproximadamente 90 minutos cada, com os trabalhadores do serviço que desejarem, voluntariamente, participar da pesquisa. Para esta coleta de dados será utilizada a técnica de Grupo Focal; durante os encontros os trabalhadores serão convidados a falarem sobre o processo de trabalho no CAPS AD. A terceira etapa contemplará entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham ou trabalharam no CAPS AD. A entrevista terá como objetivo conhecer sobre a percepção dos trabalhadores sobre as especificidades e desafios da prática clínica. Será garantido o sigilo das informações e a privacidade na coleta de dados. As entrevistas e os grupos focais serão realizados em uma sala privativa na sede do próprio CAPS AD, com reserva acústica e com iluminação adequada, em data de melhor conveniência para os participantes. As transcrições das entrevistas individuais e grupais ficarão sob a responsabilidade do pesquisador, em seu domicílio e em armário com chave, por um período de 5 anos.

Finalizado este prazo, os documentos serão destruídos, de forma a não permitir a quebra do sigilo das informações nele contida. Comentário ético:

1. A pesquisadora indica o local para realização das entrevistas e do grupo focal. Elem
2. A pesquisadora informa o tempo, o local e o descarte do material coletado nas entrevistas e no grupo focal.

Essas informações foram prestadas, também, no TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de rosto: preenchida com correção.
- 2 Cronograma: Coleta de dados prevista ser iniciada em para 1º outubro de 2018. Faz previsão de entrega de relatórios ao CEP.
3. Orçamento: No valor de 2090, 00 ( Dois mil e noventa reais). Apresenta a discriminação dos itens orçamentários. Financiamento próprio
4. Carta de anuência: apresentada e assinada pelo coordenador do CAPs, território empírico da pesquisa.
5. TCLE: compatível linguagem com os participantes da pesquisa. Apresenta os riscos, benefícios e objetivos. Pressupõe indenização em caso de dano.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Telefone:** (71)3276-8225

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.290-000

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.809.812

#### Recomendações:

A pesquisadora sanou as pendências indicadas em parecer anterior.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sanadas as pendências do parecer consubstanciado data do de 20/06/18 e com base na Resolução 466/2012 e demais normativas legais reconhecidas pela CONEP, consideramos aprovação.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

#### XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1142979.pdf	25/06/2018 15:45:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodoutoradoNOVO.pdf	25/06/2018 15:43:17	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleNOVO.pdf	25/06/2018 15:42:46	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.290-000

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 2.809.812

Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostaspendenciaNOVO.pdf	25/06/2018 15:41:52	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodopesquisador.pdf	28/05/2018 23:12:11	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	roteirogrupo.docx	28/05/2018 22:56:14	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	roteiroentrevista.docx	28/05/2018 22:55:55	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuencia.pdf	28/05/2018 22:54:14	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	28/05/2018 22:53:43	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodoutorado.docx	28/05/2018 22:53:18	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/05/2018 22:52:42	GERFSON MOREIRA OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 09 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria Thais de Andrade Calasans**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.290-000

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br

## Anexo 2 – Certificado de Apresentação oral no Congresso Mundial de Saúde Mental 2019. Buenos Aires / Argentina – 2019

Título: Reunião de equipe interprofissional em contexto de saúde mental: território de constituição identitária


 CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL  
 WORLD MENTAL HEALTH CONGRESS  
 BUENOS AIRES 2019


 World Federation for Mental Health  

 Asociación Argentina de Salud Mental

**Abordajes inclusivos en salud mental.**  
 Clínica, comunidad y derechos.  
*Inclusive approaches in mental health.*  
*Clinic, community and rights.*

Por cuanto **GERFSON OLIVEIRA**

ha participado en carácter de **DISERTANTE/SPEAKER**

*"Reunião de equipe interprofissional em contexto de saúde mental: território de constituição identitária"*

Carga Horaria: 52 horas

  
 Dr. Gabriel Ibviñaro  
 PRESIDENT  
 SCIENTIFIC COMMITTEE

  
 Lic. Gustavo Bertran  
 PRESIDENT  
 SCIENTIFIC COMMITTEE

  
 Dr. Eduardo F. Grande  
 PRESIDENT  
 LOCAL ORGANIZING COMMITTEE

  
 Lic. Silvia Raggi  
 PRESIDENT  
 2019 WORLD MENTAL HEALTH CONGRESS

  
 Dr. Alberto Trimboli  
 PRESIDENT  
 2019 WORLD MENTAL HEALTH CONGRESS

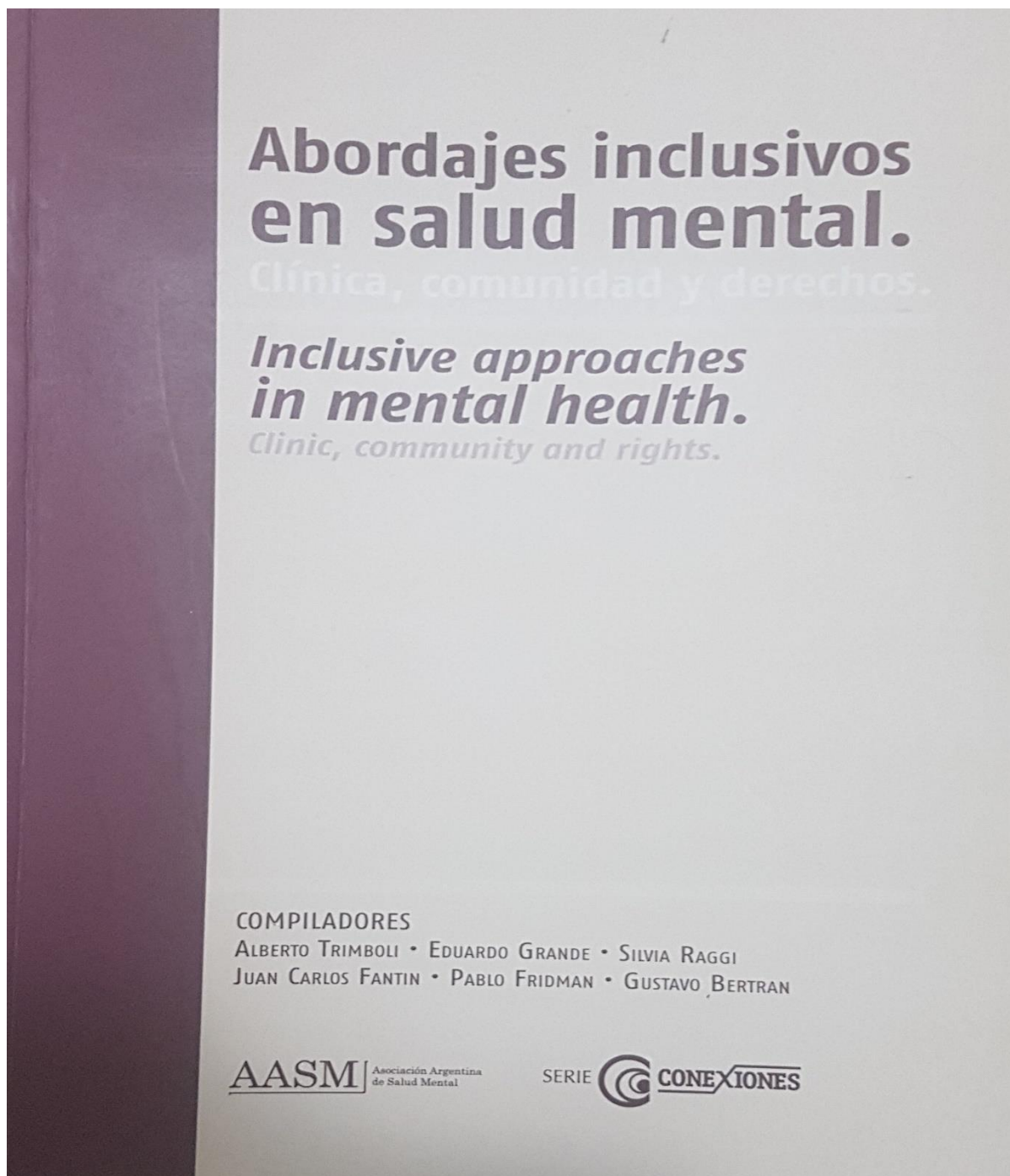
**Buenos Aires, Argentina. 5 al 8 de noviembre de 2019**



**Anexo 3 - Capítulo de livro publicado no Congresso Mundial de Saúde Mental / Buenos Aires – Argentina 2019**

Título: Reunião de equipe interprofissional em contexto de saúde mental: território de constituição identitária

Autor: Gerfson Moreira Oliveira



Abordajes inclusivos en salud mental : clínica, comunidad y derechos / Alberto Trimboli ...  
[et al.] ;  
compilado por Alberto Trimboli ... [et al.] . - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :  
Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental - AASM, 2019.  
616 p. : 28 x 20 cm.

ISBN 978-987-45937-4-0

1. Salud Mental. I. Trimboli, Alberto II. Trimboli, Alberto, comp.  
CDD 616.89

© AASM  
Guardia Vieja 3732-1° A, Buenos Aires, Argentina  
Tel. 2000-6824  
administración@aasm.org.ar  
www.aasm.org.ar

Diseño de tapa y armado de la edición:  
Carlos De Pasquale  
Tel. 4697-4934 • depasquale@speedy.com.ar

Impreso en Argentina

ISBN 978-987-45937-4-0

Fotocopiar libros esta penado por la ley.

Las opiniones vertidas en este libro son responsabilidad exclusiva de los autores.  
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión o digital,  
en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma,  
sin la autorización expresa de la editorial.

ABORDAJES INCLUSIVOS EN SALUD MENTAL. Clínica, comunidad y derechos.

CAMINANDO JUNTOS... ESCUELA, "SAN FRANCISCO DE ASÍS" .....	398
<i>Analia López, Alicia Cáceres, Adriana García</i>	
DISPOSITIVO INTERDISCIPLINARIO DE ABORDAJE DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL .....	399
<i>Omar Alejandro Rodríguez Quinteros, Fabián Matías García</i>	
"SOMOS SIENDO" UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN .....	399
<i>Jorge Nestor Levin</i>	
VIOLENCIAS SOCIALES Y SUBJETIVAS: LA CRUELDAD COMO DISPOSITIVO DE MODULACIÓN .....	399
<i>Cecilia Lusnich</i>	
ESTRATEGIAS DE AUTO CUIDADO PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS Y BIENESTAR EMOCIONAL .....	399
<i>Aracelis Rodriguez-Vendrell, Glorian Ramón Santos, Coralys Arroyo Ríos</i>	
LÍMITES Y ALCANCES DE LA APLICABILIDAD DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA PRÁCTICA PERICIAL DESDE LA CIENCIA PSICOLÓGICA .....	399
<i>Virginia Andrea Perez, Paulina Soncini</i>	
ENTRE LA VIOLENCIA Y LA SUBJETIVACIÓN: LA INSTITUCIÓN .....	399
<i>Patricia Weigandt, Gabriel Pavelka, Mabel Luna</i>	
"EL TRÉBOL F.C". DE LO COLECTIVO AL SUJETO.....	399
<i>Juan Manuel Ojeda Mariniers, Emiliano Vallejo</i>	
EL LENGUAJE DE LA VALIDACIÓN CIENTÍFICA: DESDE LA HERMENÉUTICA DEL SÍNTOMA HACIA UN PARADIGMA TRASLACIONAL.....	400
<i>Jose Ignacio Hernandez</i>	
EL VÍNCULO MADRE-HIJO EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO (TEA): APROXIMACIONES CONCEPTUALES DESDE LAS SIGNIFICACIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD .....	400
<i>Ana Laura Antón</i>	
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOCIÓN DE DERECHOS DESDE EL PARADIGMA DE LOS SISTEMAS COMPLEJOS. EL CASO DE LOS ADOLESCENTES INCLUIDOS EN EL SISTEMA PENAL JUVENIL.....	400
<i>Guillermo Daniel Fotia, Pedro Alejandro Tiscar, Nadia Giselle Alvarez Lucero</i>	
DISEÑO DE UN MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS PERSONAS .....	400
<i>Rossina Machiñena</i>	
LA INFANCIA MASACRADA.....	400
<i>Patricia Weigandt, Alejandra Vita, Gabriel Pavelka, Mabel Luna</i>	
PSICOANÁLISIS Y TERRITORIO: LAZOS, DESEO Y SALUD MENTAL .....	410
<i>Veronica Buchanan, Verónica Caamaño, Guillermina Ulrich, Milagros Scokin</i>	
INTERDISCIPLINA E INCLUSIÓN COMUNITARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.....	412
<i>Liliana Ruth Hepner</i>	
REUNIÃO DE EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL: TERRITÓRIO DE CONSTITUIÇÃO IDENTITÁRIA.....	414
<i>Gerfson Oliveira</i>	
INFANCIAS Y LABERINTOS INSTITUCIONALES: COMPLEJIDAD Y ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL .....	417
<i>Julieta González, Gerardo Senar, Emiliano Marti, Federico Perla, Carla Morganti, Karen Kifner, Elisa Barrera, Natacha Maccio</i>	
"NIÑOS PEQUEÑOS, GRANDES HÁBITOS" UNIDAD DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES .....	417
<i>Marianela Bortolas</i>	
'CULTURA TERAPÉUTICA' Y 'GIRO AFECTIVO': PROBLEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL .....	417
<i>Marisa Germain</i>	
"LOS FUEGOS INTERNOS", LA EXPERIENCIA DE HACER CINE CON USUARIOS.....	417
<i>Laura Lago</i>	
EL TEJIDO SOCIAL DE LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: ESCENARIO DE CONTRIBUCIÓN PARA LA VIDA .....	417
<i>Shirley Carmona Brenes, Fabiola Fernández Trejos</i>	
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA) Y ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN DISPOSITIVO TERRITORIAL .....	417
<i>Yolanda Estela Brepe, Matteo Tarquini</i>	

se trabaja con especial énfasis en el reconocimiento de las situaciones de malestar propias y de los convivientes que podrían derivar en una situación de crisis, para poder lograr la solicitud de un acompañamiento preventivo por parte del equipo interdisciplinario del programa.

A su vez, se fomenta el trabajo con referentes de los usuarios en el sistema sanitario y/o en su red social para que realicen funciones de acompañamiento con la persona con enfermedad mental.

En situaciones agudas, las personas participantes del programa y sus referentes cuentan con teléfonos para comunicarse con los profesionales del programa para lograr una primera contención verbal, corroborar a través de otros compañeros o referentes la correcta toma de medicación, así como realizar una primera evaluación de la situación de la persona. También se concurre al lugar de residencia de la persona y se promueve el llamado al SAME psiquiátrico para brindar la atención fuera del monovalente.

#### Comentarios finales

El derecho de las personas a vivir en comunidad constituye un horizonte fundamental de las prácticas en el campo de la salud mental posicionadas desde el paradigma de los derechos humanos. En el marco de la necesidad de exigir el cumplimiento de las políticas y normativas centradas en los derechos de las personas con sufrimiento mental, resulta clave reconocer proyectos y experiencias que se posicionan desde la intersectorialidad y la interdisciplina para garantizar los derechos de las personas internadas. El rol de la psiquiatría en dichas prácticas y procesos constituye una herramienta central para fomentar la autonomía progresiva de las personas en tanto entra en diálogo con otros espacios y disciplinas.

#### Referencias

- i Velzi Díaz A, Tosi A, Benítez P, Santanocito G, Garcete E, Amado Y, Antezza G, Cantero N y Córdoba G. *Salud Mental en Hospitales Generales de Rosario y Gran Rosario*. Argentina. Rev. Vertex. XXIX(142), 255-262.
- ii Zaldúa G, Pawlowicz MP, Tisera A, Lenta MM, Lohigorry J, Moschella R. Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley nacional de salud mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. En: Zaldúa G compiladora *Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires, Argentina: Teseo; 2016. p. 273-290.
- iii Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS; 2013.
- iv Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Plan de Acción sobre Salud Mental para el período 2013-2020*. Washington D.C., USA: OPS-OMS; 2013.
- v Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- vi Bottinelli MM. *El derecho a la salud, la salud como derecho*. En: Tisera A, Lohigorry J, Bottinelli M, Longo R. *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 13-32.
- vii Tisera A, Lohigorry J. *Modelos de atención en salud mental. Dispositivos asilares versus dispositivos comunitarios*. En: Tisera A, Lohigorry J, Bottinelli M, Longo R. *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 39-4.
- viii Amendolario R.. *Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos*. Rev de Salud Mental y Comunidad 2013; 3(3): 19-28.
- ix Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental realizado*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; 2019.
- x Galende, E. *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar; 2013.
- xi Faraone S, Valero A. *Dilemas de Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de Madres de Plaza de Mayo; 2013.
- xii Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental realizado*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; 2019.
- xiii Idem.
- xiv Dirección General de Estadísticas y Censos. *Promedio de camas disponibles en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por especialidad según hospital*. Ciudad de Buenos Aires. Año 2016. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Hacienda GCBA; 2017. Visitado en <https://www.estadisticaciudad.gov.ar/eyc/?p=68504>
- xv Dirección General de Estadísticas y Censos. *Egresos, indicadores de internación y consultas externas por hospital*. Año 2016. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Hacienda GCBA; 2017. Visitado en <https://www.estadisticaciudad.gov.ar/eyc/?p=71588>
- xvi López Mosteiro V. *El trabajo vivo en acto*. Buenos Aires, Argentina: Topía; 2017.
- xvii Longo R. *Experiencias y dispositivos innovadores en el campo de la salud mental*. En: Tisera A, Lohigorry J, Bottinelli M, Longo R. *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Buenos Aires: Teseo; 2018. p. 73-82.



## REUNIÃO DE EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL: TERRITÓRIO DE CONSTITUIÇÃO IDENTITÁRIA

Gerfson Oliveira [A]

### Introdução

A Reforma Psiquiátrica (RP), gestada no final da década de 1970 e integrada ao processo de democratização vivido pelo país, trouxe grandes mudanças para o cenário da saúde mental no Brasil. Configurado como um movimento de grande complexidade técnica, política e social, tem como precedentes as experiências mundiais de desinstitucionalização da psiquiatria e o movimento de usuários e trabalhadores de saúde mental no país (Pitta, 2011).

Os princípios da RP legitimaram mudanças nas estruturas de atenção à saúde mental, pautando a possibilidade de substituição dos modelos manicomial de violações por serviços e estratégias terapêuticas mais amplas ancoradas na atenção psicossocial de cuidado no território e em práticas interdisciplinares, interprofissionais e humanizadas, proporcionando sua reinserção na sociedade e uma melhor qualidade de vida para os usuários (Amarante, 2015).

[A] Psicólogo clínico e do trabalho. Doutorando em Medicina e Saúde e professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador-Ba. Bahia. Brasil. [gerfson@gmail.com](mailto:gerfson@gmail.com)

## Anexo 4 – Apresentação oral V Congresso Ibero-Americano e Luso Brasileiro de Psicologia e Saúde – Portugal / 2019

Título: Reunião de equipe em contexto de saúde mental: território de constituição identitária

Autores: Gerfson Moreira Oliveira e Monica Ramos Daltro



**40** ANOS  
1979-2019

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde  
**PSICOLOGIA DA SAÚDE / PSICOLOGIA DE LA SALUD**  
8 a 11 maio 2019  
Universidade do Algarve, Faro, Portugal

16 ANOS 20 ANOS



### V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde

### I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior

---

## CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

Certifica-se que o trabalho da autoria de **Gerfson Moreira Oliveira & Mônica Ramos Daltro** intitulado "Reunião de equipe em contexto de saúde mental: território de constituição identitária" foi apresentado no V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e no I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior, que se realizaram de 9 a 11 maio de 2019 na Universidade do Algarve, Portugal.

Coordenador da Comissão Organizadora

  
**Saul Neves de Jesus**  
 Universidade do Algarve

**Organização:**  
 CIEO - Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações  
 Universidade do Algarve, Faculdade de Economia  
 Tel: +351 289 800 800 (ext.7108/ 7101);  
 +351 289 244 400  
 E-mail: cieo@ualg.pt | cieo@ualg.pt  
 Web: www.cieo.pt

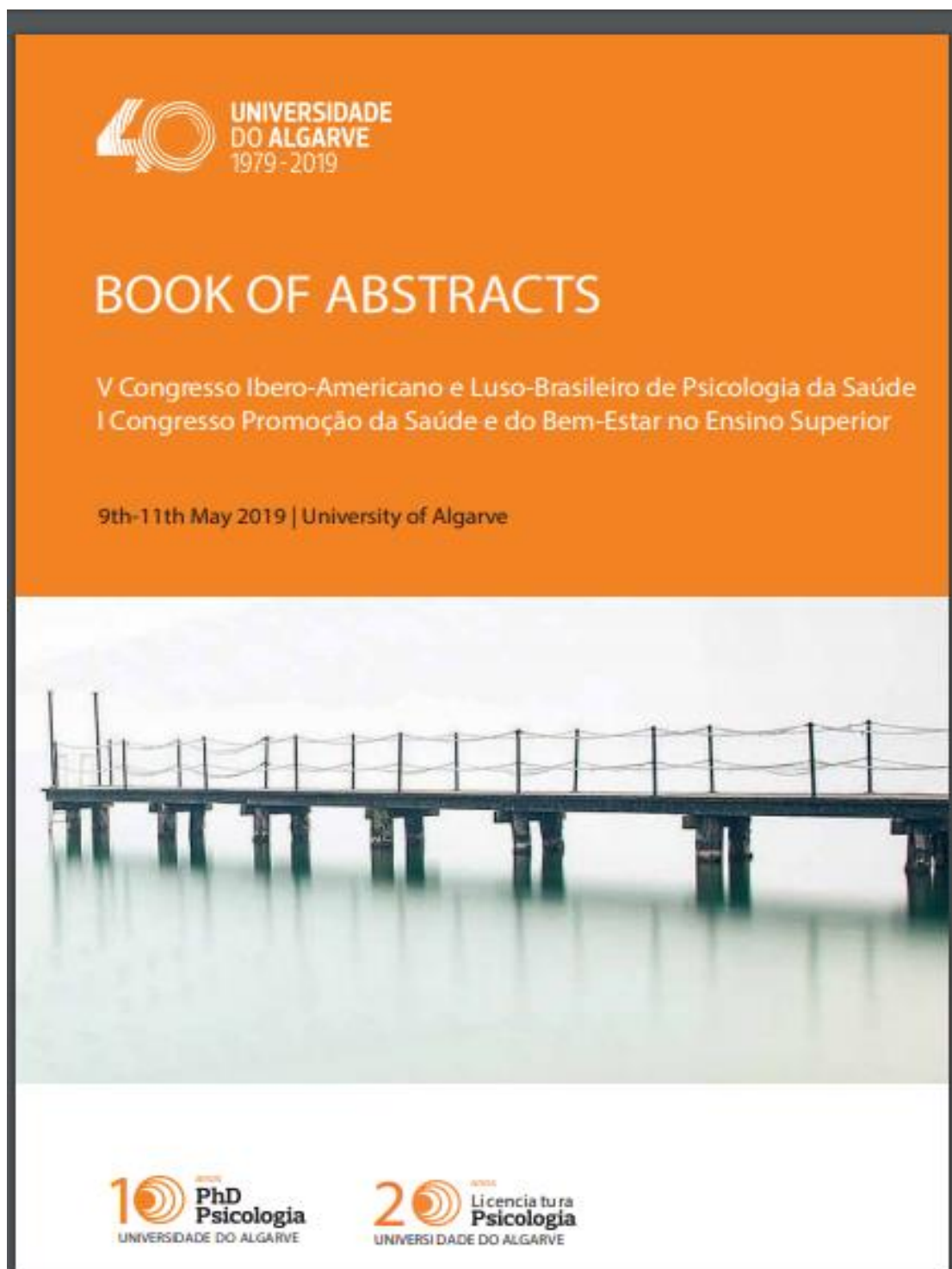




**Anexo 5 - Publicação Book of abstracts do V Congresso Ibero-Americano e Luso Brasileiro de Psicologia e Saúde - Portugal / 2019**

Título: Reunião de equipe em contexto de saúde mental: território de constituição identitária

Autores: Gerfson Moreira Oliveira e Monica Ramos Daltro



---

**BOOK OF ABSTRACTS**

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde  
I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior

9<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> May 2019  
University of Algarve, Faro, Portugal

Editor: Saul Neves de Jesus

Publisher:  
CIEO – Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics  
University of Algarve  
Gambelas Campus, Faculty of Economics, Building 9  
8005-139, Faro  
cieo@ualg.pt  
www.cieo.pt

Page Layout and Editing:  
Márcia Fernandes  
CIEO Secretariat

Organizing Commission:

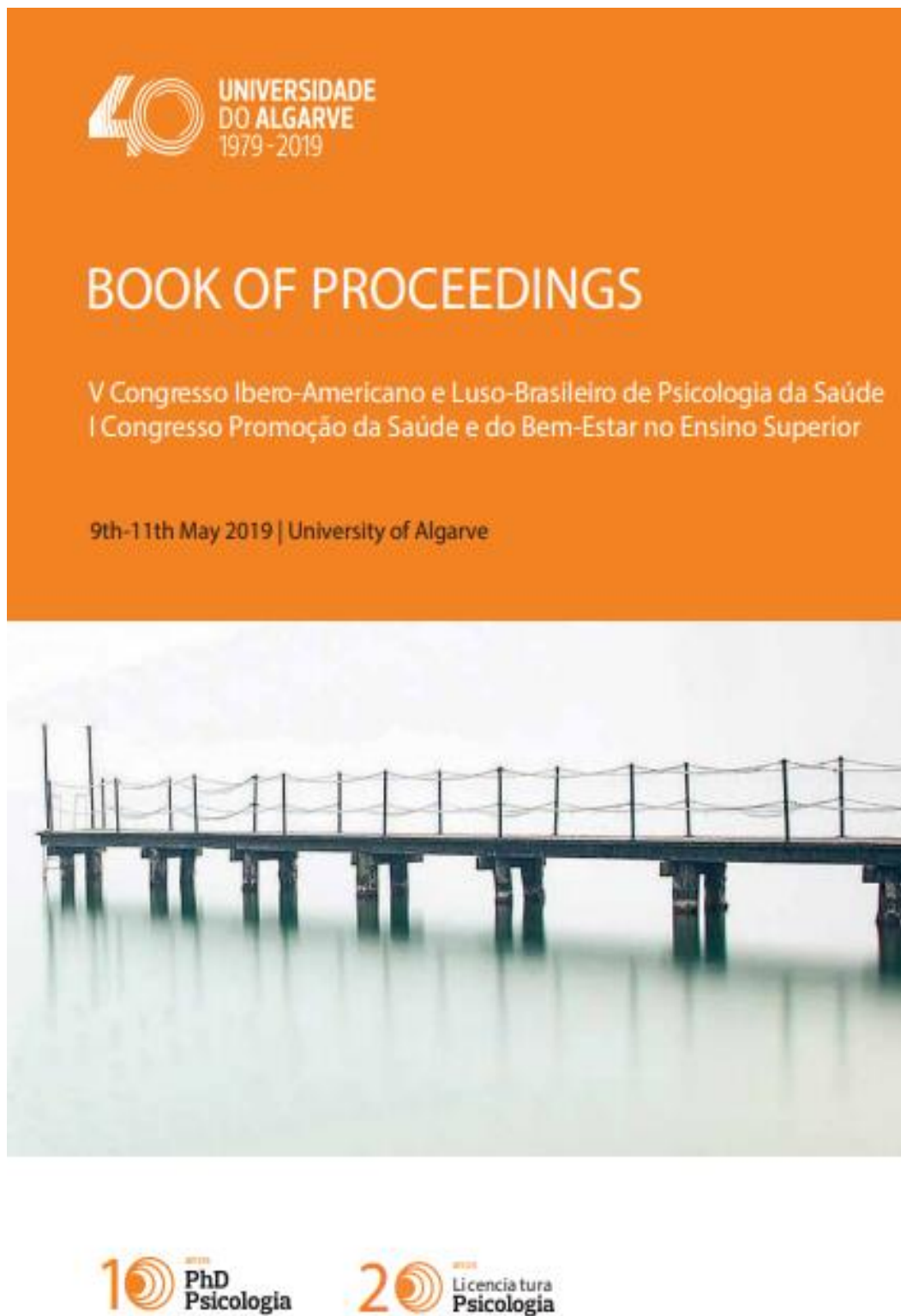
Alexandra Gomes, University of Algarve  
Cristina Nunes, University of Algarve  
Emília Costa, University of Algarve  
Eusébio Pacheco, University of Algarve  
Joana Santos, University of Algarve  
Julieta Rosa, University of Algarve  
Márcia Fernandes, University of Algarve  
Pedro Martins, University of Algarve  
Rafaela Matavelli, University of Algarve  
Roberto Chiodelli, University of Algarve  
Saul de Jesus, University of Algarve (Chair)

ISBN: 978-989-8859-73-0

**Anexo 6 – Publicação Book of Proceedings no V Congresso Ibero-Americano e Luso Brasileiro de Psicologia e Saúde – Portugal / 2019**

Título: Reunião de equipe em contexto de saúde mental: território de constituição identitária

Autores: Gerfson Moreira Oliveira e Monica Ramos Daltro





---

**BOOK OF PROCEEDINGS**

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde  
I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior

9<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> May 2019  
University of Algarve, Faro, Portugal

Editor: Saul Neves de Jesus

Publisher:  
CIEO – Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics  
University of Algarve  
Gambelas *Campus*, Faculty of Economics, Building 9  
8005-139, Faro  
cieo@ualg.pt  
www.cieo.pt

Page Layout and Editing:  
Marlene Fernandes  
CIEO Secretariat

Organizing Commission:

Alexandra Gomes, University of Algarve  
Cristina Nunes, University of Algarve  
Emília Costa, University of Algarve  
Eusébio Pacheco, University of Algarve  
Joana Santos, University of Algarve  
Julieta Rosa, University of Algarve  
Marlene Fernandes, University of Algarve  
Pedro Martins, University of Algarve  
Rafaela Matavelli, University of Algarve  
Roberto Chiodeli, University of Algarve  
Saul de Jesus, University of Algarve (Chair)

ISBN: 978-989-8859-74-7

## Anexo 7 – Capítulo de livro aceito para publicação

**Título: Políticas de cuidado e morte aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil: Proibicionismo, Cura Divina e Redução de Danos**

