

FRONTEIRAS DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E REDUÇÃO DE DANOS

*FRONTIERS OF THE PSYCHOSOCIAL CLINIC:
PROFESSIONALS' PERSPECTIVES ON THE CARE
IN MENTAL HEALTH AND HARM REDUCTION*

*FRONTERAS DE LA CLÍNICA PSICOSOCIAL:
PERSPECTIVAS DE PROFESIONALES SOBRE LA ATENCIÓN
EN SALUD MENTAL Y REDUCCIÓN DE DAÑOS*

Gerfson Moreira Oliveira ⁽¹⁾

Mônica Ramos Daltro ⁽²⁾

RESUMO

No âmbito do SUS, a dimensão clínica do cuidado em saúde mental voltado às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, representada 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 de saúde mental, álcool e outras drogas. Essa integração multirreferenciada acirra os desafios do cuidado, pois exige 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 sobre a clínica adotadas pelos profissionais da saúde mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com trabalhadores de CAPSad em Salvador, Bahia. Foi organizado um grupo focal e analisados seus conteúdos na perspectiva construtivo-interpretativa proposta pela epistemologia qualitativa em saúde. As narrativas apontam para uma clínica que engendra

⁽¹⁾ Psicólogo, Doutor em Medicina e Saúde. Professor adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5860-1990> — email: gerfsonoliveira@bahiana.edu.br

⁽²⁾ Psicóloga, Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Professora titular do Doutorado em Saúde Humana e do Mestrado em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5579-0914> — email: monicadaltro@bahiana.edu.br

resistências numa lógica voltada para a produção de vida, no trabalho ampliado e colaborativo, e aberta ao enfrentamento do conflito. Nos encontros, a força dos fluxos que se interseccionam produz uma dinâmica bascular que movimentam permanentemente as práticas de cuidado adotadas.

Palavras-chave: saúde mental; psicologia clínica; abuso de drogas; redução de dano; centro de atenção psicossocial.

ABSTRACT

In the context of the Brazilian unified health system, the clinical dimension of mental health care aimed at people who are addicted to psychoactive substances, represented strategically by the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (CAPSad), is the result of interactions between the field of public health and the principles that direct public policies for mental health, alcohol and other drugs. This multi-referenced integration heightens the challenges of care, for it demands from the workers of the CAPSad a synchronized dialogue between the ethical, political, conceptual and practical dimensions that requires a constant exercise of reflection and creativity. This work aimed to understand the perspectives on the clinic adopted by mental health professionals. This is a qualitative research, carried out with CAPSad workers in Salvador, Bahia. A focus group was organized and its contents were analyzed in the constructive-interpretive perspective proposed by qualitative health epistemology. The narratives point to a clinic that engenders resistance in a logic intended for the production of life, in expanded, collaborative and open work facing the conflict. In the meetings, the strength of the intersecting flows produces its own dynamic that permanently moves the adopted care practices.

Keywords: mental health; clinical psychology; drug abuse; harm reduction; psychosocial care center.

RESUMEN

En el ámbito del sistema único de salud de Brasil, la dimensión clínica de la atención en salud mental dirigida a personas con problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas, representada estratégicamente por los Centros de Atención Psicossocial para Alcohol y Drogas (CAPSad), es el resultado de las interacciones establecidas entre el campo de salud colectiva y los principios que conducen las políticas públicas en salud mental, alcohol y otras drogas. Esta integración multirreferenciada aumenta los desafíos del cuidado y exige

de los trabajadores de los CAPSad un diálogo sincronizado entre dimensiones éticas, políticas, conceptuales y prácticas que demandan un ejercicio constante de reflexión y creatividad. Esta investigación tuvo como objetivo comprender las perspectivas sobre la clínica adoptadas por los profesionales de salud mental. Se trata de una investigación cualitativa, realizada con trabajadores de CAPSad en Salvador, Bahía. Se organizó un grupo focal y se analizaron sus contenidos desde la perspectiva constructiva-interpretativa que propone la epistemología cualitativa en salud. Las narrativas apuntan a una clínica que engendra resistencia en una lógica destinada a producir vida, en un trabajo ampliado, colaborativo y abierto al enfrentamiento del conflicto. En los atendimientos, la fuerza de los flujos entrecruzados produce una dinámica que mueve permanentemente las prácticas de cuidado adoptadas.

Palabras clave: salud mental; psicología clínica; abuso de drogas; reducción de daños; centro de atención psicossocial.

Introdução

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

Num cenário de consensos e protocolos técnicos-científicos de condutas assistenciais, interroga-se pouco sobre os mecanismos macro e micropolíticos que engendram a construção dessa 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 da resultante do encontro entre um profissional (ou equipe) de saúde e uma pessoa (ou coletivo), que se configura como uma prática social (Cunha, 2010).

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 contexto, 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, que contextualiza e corresponsabiliza o sujeito multidimensional, com suas condições de vida e saúde, idiossincrasias, afetos, saberes, cultura e poderes (Bedrikow & Campos, 2015; Campos, 2013) 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 da implantação das políticas públicas de saúde mental e atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas regulamentaram a criação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad). Trata-se de serviços públicos, de base comunitária e territorial, que ofertam atendimento individual e grupal, oficinas terapêuticas, desintoxicação, visitas domiciliares, cuidado aos familiares e atividades de reinserção social (Ministério da Saúde, 2013). Esses serviços apresentaram-se como espaços de produção de distintos modelos de práticas clínicas, que requerem também a construção de múltiplos métodos e saberes (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

As práticas clínicas nos CAPSad devem estar orientadas às especificidades dos usuários acompanhados 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. Nesse contexto, o foco na redução de danos é descrito como de “baixa exigência”, por não exigir dos usuários uma interrupção do consumo das substâncias psicoativas como pré-requisito para o acompanhamento. Em vez de estabelecer a abstinência como única meta de prevenção e tratamento, ela concilia o estabelecimento de alternativas. Adotam-se, portanto, estratégias de minimização de riscos e danos 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 psicossociais e de saúde do usuário, que será sensibilizado e apoiado na adoção de práticas de cuidado e autocuidado (Andrade, 2011).

Pelos princípios do cuidado psicossocial, a clínica deve voltar-se à ampliação da autonomia do usuário do serviço, da família e da comunidade, numa lógica de trabalho de equipe multiprofissional integrada e em rede de atenção à saúde, para promover intervenções de acordo com as demandas de cada usuário do serviço, denominadas Plano Terapêutico Singular (PTS) – um arranjo clínico-institucional de auxílio no manejo do cuidado em saúde mental (Ministério da Saúde, 2009). 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 a ampliação das concepções de clínica nos diversos níveis de atenção à saúde no SUS, pesquisas apontam que o cuidado em saúde mental ainda se expressa de forma significativa sob os pressupostos da clínica tradicional, e as diretrizes da clínica psicossocial propostas pela Política Nacional de Saúde Mental no Brasil permanecem, muitas vezes, confinadas em documentos oficiais, sem reflexos consistentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde (Endo, 2017).

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, que não considera os determinantes sociais em saúde, a pessoa, sua biografia, seu corpo e sua singularidade em contexto (Amarante, 2015). No paradigma da clínica ampliada, a doença nunca ocuparia o lugar do sujeito; a doença faz parte da vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente (Amarante, 2015). O sujeito é, nessa perspectiva, sentido como ser biológico, social, subjetivo e histórico e essa complexidade precisa ser abarcada de forma contextualizada nas ações de cuidado propostas.

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 mais de 20 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), que instituiu os princípios dessa proposta de cuidado psicossocial, como os profissionais de saúde vivenciam 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 et al. (2016) em suas pesquisas sobre desenhos terapêuticos 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 continuam sendo questionadas pelos profissionais de saúde, em sua maioria formados sob lógicas uniprofissionais e tecnicistas. Para Oliveira e Daltro (2020), no contexto do trabalho em saúde mental, álcool e outras drogas, o modelo de formação profissional que sustentava a fixação de certos modos de atuação e

interação profissional (com ênfase no saber técnico-acadêmico e desconectado dos contextos sociais) já, há muito, não serve para assistir essa população de brasileiros em sofrimento psíquico, usuários de substâncias psicoativas, que está, em seu cotidiano, privada de quase todos os direitos civis.

Além disso, a permanente precarização dos CAPSads pelo subfinanciamento dos serviços substitutivos, diminuição das equipes multiprofissionais e restrição de acesso aos programas de proteção social aos usuários (Araújo & Torrenté, 2023) é um problema que interfere na prática cotidiana desse cuidado. Assim, este artigo teve como objetivo compreender as perspectivas sobre a clínica adotadas pelos trabalhadores de um CAPSad na assistência a pessoas que vivenciam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, orientado pelos pressupostos do método construtivo-interpretativo da epistemologia qualitativa (González Rey & Mitjáns Martínez, 2017). 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, a comunicação e o diálogo como processos permanentes no desenvolvimento do estudo científico, que examina a complexidade produzida nas interações em análise (González Rey & Mitjáns Martínez, 2017).

O contexto de realização da pesquisa foi um CAPSad, localizado em Salvador, Bahia, Brasil. O serviço caracteriza-se como um dispositivo docente-assistencial resultante de uma parceria firmada entre a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. O Centro fica localizado no prédio da antiga Faculdade de Medicina da Bahia, no Pelourinho, o centro histórico de Salvador. As atividades do CAPSad são ancoradas num contexto sociocultural, econômico e político marcado pelo aumento do uso problemático de álcool e outras drogas nas comunidades.

A técnica utilizada para a produção de dados foi a organização de um grupo focal. A escolha desse Centro ocorreu pela disponibilidade de acesso do pesquisador ao centro e sua atuação prévia 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 constitutiva do processo da pesquisa e demanda permanente

reflexão sobre os acontecimentos e seus efeitos no contexto empírico, perspectiva que valoriza a produção científica e fortalece a práxis profissional (Freire, 2018; Stalmeijer et al., 2014).

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 (Minayo, 2014). A expressão dos participantes pode fazer associações que favorecem a diversidade e profundidade de respostas, e permitem emergir zonas de sentidos subjetivos organizadas no curso da comunicação dos trabalhadores (Stalmeijer et al., 2014).

O grupo focal foi composto por oito trabalhadores que atuavam na assistência dos usuários: três redutores de danos, um enfermeiro, uma assistente social, dois psicólogos e um médico. Para inclusão dos sujeitos no estudo, utilizaram-se como critérios a participação voluntária, trabalhar no centro há mais de um ano, a 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 aos participantes condições adequadas de conversação e sigilo.

O roteiro usado nas sessões 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 audiografações com os relatos do grupo focal foram transcritas e conferidas com as observações realizadas durante a realização do grupo. Com as informações produzidas, foram levantados 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 (González Rey & Mitjans Martínez, 2017).

Para a construção de sentidos, os indicadores anteriormente sistematizados foram vinculados e sintetizados, de modo a revelarem, de forma mais profunda, a realidade dos participantes do grupo (González Rey & Mitjans Martínez, 2017). Nessa fase, buscou-se os conteúdos que os trabalhadores atribuíram às concepções de clínica na elaboração dos planos de cuidado desenvolvidos.

Nesta pesquisa foi observada a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2012). A pesquisa faz parte de uma tese de doutorado que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o parecer nº 2809.812 (CAAE 90497418.0000.5544). Para preservar o sigilo dos oito profissionais participantes do grupo focal, eles foram

identificados, no fim de cada transcrição no corpo do artigo, apenas por um código: a letra “P” (profissional) seguida de um número (P-1 a P-8).

Resultado e discussão

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 corresponder a eles; do outro, a formação e trajetória profissional dos participantes, descritas como centradas no modelo clínico mais tradicional. Os participantes relataram reconhecer o modelo tradicional que os habita e as contradições que 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 auto-contidas, 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 apontam para uma clínica ampliada que sugere uma lógica antimanicomial e plural. Na fala dos participantes, essa pluralidade não se dá apenas por uma variedade de técnicas e de circulação entre diferentes campos de conhecimento, mas também a partir de racionalidades influenciadas pelos

pressupostos da clínica tradicional e do tratamento convencional, que muitas vezes se entrecruzam com concepções clínicas mais ampliadas. Esse entendimento é condizente com a literatura (Amarante, 2015; Pitta, 2011), que considera que a clínica da reforma não está dada; é um processo em construção. 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 em meio a modelos de práxis, mas também dentro de cada 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 múltiplos saberes e práticas nas diversas situações que demandam intervenções de cuidado.

Conforme sinalizado pelos trabalhadores neste 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 et al., 2019).

Entretanto, a atenção psicossocial considera mais pertinente pensar ações clinicamente orientadas pela reforma psiquiátrica, 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 –, mas propõe uma 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 pelo modelo de atenção 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 que ampliem 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)

A maioria dos tratamentos voltados para as pessoas em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas 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 (Shimogui et al., 2019). Tais concepções historicamente resistem no imaginário social, como se a dependência química e psicológica fosse um simples objeto de estudo e manipulação. Um imaginário social permeado por uma cultura neoliberal define a potência de existir a partir da capacidade de produzir dentro de um sistema capitalista, que tem urgência em consumir.

De acordo com Lancetti (2020), as sociedades contemporâneas vivem um furor por imediatismo e resoluções rápidas de problemas, que ganham contornos perversos quando imbuídos de uma rigidez moralista e da 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 por soluções abruptas e simplificadas para esse 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, que consideram o diálogo e o estímulo à reflexão sobre o autocuidado (Lancetti, 2020). Nessa orientação, propõe-se que os usuários de drogas sejam acolhidos numa abordagem não proibicionista que respeite 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)

A clínica então precisa partir da busca pelas condições de possibilidade de exercício de si que se funda numa concepção de sujeito com capacidade de recusa e resistência. Essa afirmação exige do fazer clínico, portanto, a constituição de uma ética de convivência que só avança em direção ao cuidado do outro após reconhecer a condição de sujeito de desejo em cada usuário, como base para a constituição de um plano intersubjetivo (Yasui, 2010). Nesse contexto, entende-se por cuidado a produção de uma ruptura com o modelo assistencial hegemônico, no qual é possível inventar dispositivos diferentes de trato, diversificar ações tecendo uma rede com o território, criar formas de sociabilidade, produzir novos valores sociais e construir uma ética na qual se insiste em apostar num outro modelo possível, em íntima relação com o território existencial e relacional de cada usuário.

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, política 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 entremeiam 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)

Um estudo com usuários de CAPSad aponta uma imbricada relação entre pobreza, sofrimento e produção de subjetividades, e revela 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). É preciso então afirmar a centralidade e a inscrição contextual das práticas terapêuticas no local mesmo onde o adoecimento foi gerado: no território vivo, contraditório e humano, pensado como espaço-suporte para a produção do cuidado (Ayres, 2004).

A subjetividade e o sofrimento psíquico devem ser pensados e concebidos em contexto, e o trabalho assistencial em saúde mental, localizado dentro das estruturas sociais, não pode se furtar a pensar que o sofrimento decorrente do uso de drogas está associado a esses vetores e, por isso, não pode ser configurado como uma produção isolada, individual do sujeito (Costa-Rosa, 2013). O lócus de integração da dimensão clínica com a dimensão política do cuidado se dá, portanto, a partir da noção de vulnerabilidade (Oviedo & Czeresnia, 2015). Neste 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 e estigmatizados pela criminalização do uso de algumas substâncias, conforme a proposta da política de drogas brasileira. A produção de subjetividade singularizada envolve um processo político difícil que é estar envolvido subjetiva e socialmente nos conflitos e nas contradições que usuários, trabalhadores e instituições atravessam e pelos quais 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 pela equipe apontam para a emergência de uma concepção de processos de subjetivação e identidades que se movimentam 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 (Oliveira & Daltro, 2020).

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*”, como 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” põe no cerne da definição de saúde mental elementos que ultrapassam a dimensão do sujeito individual e 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 ao deslocamento existencial e à precipitação de novas subjetividades, seja de usuários e familiares, seja de profissionais de saúde.

Essa dinâmica própria da clínica acontece 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 reforça 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 apareça 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 centro:

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 asilares oficiais e excluídos do convívio social (Rotelli et al., 2019), mas evidencia a presença do tensionamento entre a diversidade de escuta e de lugares de fala.

No conjunto da análise, trata-se de afirmar uma clínica que se faz 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 enfatiza a garantia dos direitos sociais e da saúde) e a visão técnica de atuação clínica (Endo, 2017). Tais questões acirram essa separação entre leis e diretrizes da saúde pública e coletiva e da proteção social 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 dimensão psíquica (Endo, 2017; Koda, 2003).

Documentos ministeriais da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2003) 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 entre a clínica e a política. No entanto, esse diálogo é tenso e problemático, uma vez que os documentos pressupõem um horizonte de cuidado idealizado (como se o usuário estivesse ocupando os lugares de direito em seu território e o início dos atendimentos fosse suficiente para se resgatar a “sanidade perdida”) 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 (Endo, 2017). 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, difícilíssimo 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)

Envoltos num contexto de necessidades e singularidades dos usuários, o prescrito pelas diretrizes das políticas públicas de saúde e a realidade territorial, esses trabalhadores buscam múltiplas referências mediante a 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 põe os profissionais e usuários em condição de angústia e solidão.

Ainda assim, observamos a iniciativa como disparadora desse movimento de vinculação. A aproximação e o acolhimento para a construção de vínculos são diretrizes da reforma psiquiátrica e vão sendo formulados no cotidiano, nos encontros entre profissional-usuário e nas redes de sociabilidade pelos territórios.

Para Lancetti (2016), o vínculo com usuários de substâncias psicoativas, na clínica, envolve processos existenciais que se constroem e se movimentam em territórios vivos e têm uma 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 desconforto, pode emergir a capacidade

inventiva de sustentar o acolhimento e a escuta, que favorece o manejo dos vínculos e o andamento 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. Destacamos como núcleo de sentido, nesse contexto de informações, uma clínica bascular, que se produz no encontro e em movimento, 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 produzem-se nos entrecruzamentos do “*chão do CAPS*”, na interseção de fluxos que geram atritos, desencadeiam giros e contradições no cotidiano dos encontros entre usuários, trabalhadores, familiares e comunidades. Assim, demandam amplitudes vinculares colaborativas e lógicas de cuidado de natureza movente, desenhadas em fronteiras, 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, com apoio 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 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 conter uma reação aos atritos e à impotência e tem por efeito sua vitalização por meio de uma dinâmica bascular, que favorece o giro e a movimentação permanente sobre as perspectivas e práticas clínicas adotadas, mas também de racionalidades diversas que, embora contraditórias entre si, estão presentes e afetam 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 e das políticas proibicionistas de drogas, 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 criminalização e da intensa 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 suas narrativas, uma lógica de clínica intencionada na produção de vida, no trabalho ampliado colaborativo, aberta ao enfrentamento do conflito, quando ele pode ser tomado com reflexividade diante das tensões do cuidar. Compartilham uma clínica que se move e faz circular numa micropolítica de diferenças, desamparos e vida no contexto do CAPSad.

Como limitações da pesquisa, apontamos tanto os processos de subjetivação singulares dos participantes do grupo quanto o 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 de conhecimento na área.

Referências

- Akotirene, C. (2019). *O que é Interseccionalidade?* (coleção Feminismos Plurais, coord. D. Ribeiro). Pólen.
- Amarante, P. (2015). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Fiocruz.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>
- Araújo, T. A.; Torrenté, M. O. N. (2023). Saúde mental no Brasil: Desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32(1), e2023098. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742023000100902
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>

- Bedrikow, R.; Campos, G. W. S. (2015). *História da clínica e a atenção básica: O desafio da ampliação* (2ª ed.). Hucitec.
- Brasil (2001). *Lei 10.216, de 06/04/2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Campos, G. W. S. (2013). *Manual de práticas de atenção básica: Saúde ampliada e compartilhada* (1ª ed.). Hucitec.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: Contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. Unesp.
- Cunha, G. T. (2010). *A construção da clínica ampliada na atenção básica* (3ª ed.). Hucitec.
- Delany, C.; Golding, C. (2014). Teaching clinical reasoning by making thinking visible: An action research project with allied health clinical educators. *BMC Medical Education*, 14(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-20>
- Endo, T. C. (2017). *Sofrimento psíquico à margem do SUS: Vastidão e confinamento na clínica* (1ª ed.). Zagodoni.
- Freire, P. (2018). *Conscientização* (4ª ed.). Cortez.
- González Rey, F. L.; Mitjáns Martínez, A. (2017). *Subjetividade teoria, epistemologia e método* (1ª ed.). Alínea.
- Koda, A. Y. (2003). A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: P. Amarante (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial* (p. 67-87). Nau.
- Lancetti, A. (2016). *Clínica peripatética* (9ª ed.). Hucitec.
- Lancetti, A. (2020). *Contrafissura e plasticidade psíquica* (1ª ed.). Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec.
- Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução 466/2012 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2013). *Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: Past history and current trends. *Medical Education*, 39(4), 418-427. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02127.x>
- Oliveira, G. M.; Daltro, M. R. (2020). 'Coringas do cuidado': O exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 82-94. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E309>
- Onocko-Campos, R. T.; Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: Um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>
- Oviedo, R. A. M.; Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 237-250. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001300002>
- Rocha, R. V. S.; Coelho, M. T. A. D. (2017). Pobreza e produção de subjetividade no cotidiano de usuários de um Centros de Atenção Psicossocial em Salvador, BA. In: W. Oliveira, A. Pitta, P. Amarante (Orgs.), *Direitos humanos & saúde mental* (p. 406-499). Hucitec.
- Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. (2019). *Desinstitucionalização* (2ª ed.). Hucitec.
- Shimogui, A. F. D. T.; Costa, M. F.; Benelli, S. J.; Costa-Rosa, A. (2019). Discutindo a clínica e o tratamento da toxicomania: Dos discursos à constituição subjetiva. *Psicologia USP*, 30, e180014. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180014>
- Stalmeijer, R. E.; McNaughton, N.; Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE guide no. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923-939. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2014.917165>
- Vasconcelos, M. G. F.; Jorge, M. S. B.; Catrib, A. M. F.; Bezerra, I. C.; Franco, T. B. (2016). Projeto terapêutico em saúde mental: Práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 313-323. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>
- Villar, E. B.; Charão, R. B.; Rocha, B. V.; Saraiva, C. M.; Pinto, C. B.; Altoé, D. G.; Freitas, J. B.; Bueno, M. A. S. C.; Dias, S. E. (2019). O cuidado às pessoas que fazem uso de drogas: Alguns apontamentos sobre a crise. *Cadernos do Cuidado*, 3(1). https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&citation_for_view=PPJLJrAAAAAJ:9yKSN-GCB0IC
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535-549. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>

- Xavier, E. C.; Rocha, K. B. (2017). Subjetividade e interseccionalidade: Experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 267-282. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3804>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>

Contribuição de cada autor/a para o artigo

Gerfson Moreira Oliveira: Concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, preparação e redação do manuscrito.

Mônica Ramos Daltro: Concepção e desenho do estudo, planejamento, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão final do manuscrito.

Agradecimentos

A todas as pessoas usuárias e trabalhadoras que participam e constroem o cuidado em saúde mental e redução de danos na Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti / Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Gregório de Matos, da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA.

Não se declararam fontes de financiamento.

Recebido: 06 de junho de 2023

Aceito: 29 de junho de 2024