

## ARRANJOS ASSISTENCIAIS EM UMA REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUL DO BRASIL

**Bruno Jardini Maeder**<sup>1</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3233-9629>  
**Adriano Furtado Holanda**<sup>2</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7171-644X>

**RESUMO.** A implementação da reforma psiquiátrica é tema de recorrentes discussões no campo da saúde mental. Essa implementação não é padrão para todas as localidades brasileiras, uma vez que depende dos recursos materiais, humanos e aspectos culturais de cada região. A esta singularidade retoma-se a noção de arranjo assistencial. Este trabalho se propôs a conhecer a implementação numa regional de saúde da região Sul. Foi realizado um mapeamento descritivo, seguindo método empírico-fenomenológico. Descrevem-se serviços que acolhem todos os públicos, mas que encontram dificuldades no trabalho com a população usuária de álcool e outras drogas. Foram elencados sete dispositivos assistenciais: acolhimento, grupos terapêuticos, oficinas, atendimentos individuais, uso da medicação, encaminhamentos e reuniões de equipe. Expõe-se a ideia de que a estrutura de um serviço de saúde mental não pode ser estanque. Os arranjos assistenciais estão relacionados às vivências e soluções criativas e humanas como também práticas irrefletidas e normatizadoras na atenção do sofrimento mental.

**Palavras-chave:** Saúde mental; sistemas de apoio psicossocial; serviços de saúde mental.

## CARE ARRANGEMENTS ON A PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN SOUTHERN BRAZIL

**ABSTRACT.** The psychiatric reform is not standard in all Brazilian places, as it depends on different factors such as material, human and cultural aspects of each region. As for its singularity, it is seen as a care arrangement. This article aims to study the psychosocial care network on a regional health department in south Brazil. A descriptive mapping has been performed, following the empirical-phenomenological method. The services described welcome the entire community, people from all walks of life, but when it comes Drug and Alcohol addicted, the approach becomes more challenging. There have been seven care services listed: Hosting, Therapeutic Groups, Workshops, Individual Treatment, Medication usage, Referrals and Support Group Meetings. The approach for care arrangement is related to the creative experiences and human solutions as well as thoughtless and normative practices in the attention of mental suffering.

**Keywords:** Mental health; psychosocial support systems; mental health service.

<sup>1</sup> Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) Curitiba-PR, Brasil – [bruno.mader@fpp.edu.br](mailto:bruno.mader@fpp.edu.br)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba-PR, (FPP) Curitiba-PR, Brasil – [bruno.mader@fpp.edu.br](mailto:bruno.mader@fpp.edu.br)



## ARREGLOS ASISTENCIALES EN UNA RED DE APOYO PSICOSOCIAL EN SUR DE BRASIL

**RESUMEN.** La implementación de la reforma psiquiátrica no se encuentra estandarizada para todas las regiones brasileras, una vez que eso depende de recursos materiales, humanos y de aspectos culturales. Por cuenta de esta singularidad, se retoma la noción de arreglo asistencial. En este trabajo se propone conocer la implementación en una regional de salud de sur de Brasil. Se realizó un mapeo descriptivo, siguiendo el método empírico-fenomenológico. Se describen servicios que acogen a todos los públicos, pero que encuentran dificultades en el trabajo con usuarios de alcohol y drogas. Fueran enumerados siete dispositivos asistenciales: Acogimiento, grupos terapéuticos, talleres, atendimientos individuales, uso de medicación, encaminamientos y reuniones de equipo. Se expone la idea de que la estructura de un servicio de Salud Mental no puede ser hermética. Los arreglos asistenciales están relacionados con las vivencias y soluciones creativas y humanas como también prácticas irreflexivas y normalizadoras en la atención del sufrimiento mental

**Palabras clave:** Salud mental; sistemas de apoyo psicosocial; servicios de salud mental.

### Introdução

A promulgação da lei 10216 é a representação legal da reformulação da Atenção à Saúde Mental no Brasil, resultado de um processo de discussões e experiências nacionais iniciado em fins dos anos 60, mas que ganhou corpo e relevância com a organização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 70 (Silva, 2014; Amarante & Nunes, 2018). Durante este período a crítica à clínica psiquiátrica, ao isolamento e ao tratamento moral passa a ter uma nova proposta de assistência. Este marco legal aponta a reorientação dos serviços mudando o eixo da atenção hospitalar para uma atenção descentralizada e territorializada (Muhl, 2015; Amarante & Nunes, 2018).

A regulamentação da transição para o tratamento em serviços comunitários foi feita por portarias ministeriais que dispõem sobre novas redes de serviços e formas de atenção. Entretanto, a transição na forma assistencial não se efetivou por completo e os dois modelos (hospitalar e territorial) convivem lado a lado. A reordenação da política pública e da oferta de serviços disponíveis é sustentada pela discussão sobre os direitos das pessoas e do desenvolvimento de seus potenciais, e sobre a natureza do transtorno mental com seus determinantes biológicos, ambientais ou psicológicos (Almeida Filho, Coelho & Peres, 1999; Silva, 2014; Miliauskas, Faus, Junkes, Rodrigues, & Junger, 2019).

Na proposta de mudança de modelo são apresentados tecnologias, estratégias, serviços, dispositivos e técnicas para compor o modelo que substituiria a psiquiatria tradicional. Ballarin, Carvalho, Ferigato, Miranda e Magaldi (2011) encontram uma saída semântica interessante ao agrupá-los como 'arranjos assistenciais'. Estes, além dos serviços que compõem a rede, são compostos pelas ações que os profissionais lançam mão em seu trabalho. Ressaltando esta participação profissional, aponta-se que a substituição do modelo assistencial não se dá pela simples substituição do hospital pelos CAPS e outros serviços substitutivos. A reforma não está atrelada apenas ao lugar ou equipamento de saúde onde a pessoa com transtorno mental é acolhida (Macedo, Abreu, Fontenele, & Dimenstein, 2017).

Os serviços de Atenção à Saúde Mental e, mais especificamente, os que compõem a Atenção Psicossocial implicam numa postura de abertura frente ao sofrimento psíquico que ultrapassa a designação legal que os sustenta. Neste cenário, a atuação do profissional é uma peça-chave. Quando os serviços e as políticas são implementados como pacotes impostos, ou seja, designados *a priori* sem que se tenha a participação dos profissionais nesta construção, não ficam claros ao trabalhador da área de saúde mental quais são as regras e os limites da prática, que geram confusão e insegurança (Silva, Aciole & Lancman, 2017; Lima & Guimarães, 2019).

Neste sentido, a atuação e o desenvolvimento dos profissionais ganham certo protagonismo. Diferentemente da oferta de serviços substitutivos pelo estado e sua regulamentação, a atuação profissional possui certa singularidade. Merhy & Franco (2003) apontam esta distinção ao conceituar este desenvolvimento como tecnológico. Enquanto a primeira seria uma tecnologia dura (por sua imutabilidade), aspectos como acolhimento e vínculo seriam tecnologias leves, pois “[...] dizem respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado” (p. 138).

A pesquisa observou e descreveu a Rede de Atenção à Saúde Mental numa regional de saúde de um estado do sul do Brasil. Estudos que tem políticas de saúde como objeto são comumente ligados ao pensamento epidemiológico, que abordam a distribuição e fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva (Rouquayrol, 2012). Entretanto, saúde, para além dos aspectos objetivos, como classificação de doenças e estatísticas das pesquisas epidemiológicas, é composta também por uma dimensão subjetiva, cujo objeto-modelo é heurístico (Almeida Filho, 2000), portanto, passível de análise qualitativa e fenomenológica (Mäder, Holanda e Costa, 2019).

Consideramos a prática clínica, o ‘fazer Saúde’, como processo vivido, de interlocução com o humano, em que aspectos técnicos e pessoais dos profissionais estão em jogo, em conjunto com o tratamento e a atenção às pessoas com transtorno mental. Desta forma, a formação de uma rede de atenção será tomada para além das designações legais e oferta de serviços, pela efetiva comunicação entre seus componentes, ou seja, pela vivência dos profissionais na atuação clínica e em rede.

Consideramos, assim, que o objeto do pesquisador ou do trabalhador em saúde mental não lhe é alheio. Ou seja, em seu trabalho assistencial, o profissional tem o desafio de desenvolver potencialidades e fraquezas, de promover sua própria saúde mental. Ainda, ao entendermos que “[...] o conceito de saúde mental se vincula a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política” (Almeida Filho et al., 1999, p. 123), indicamos que a compreensão do profissional sobre o seu fazer é um determinante para o desempenho da política pública.

## **Método**

Nosso estudo foi estruturado como mapeamento descritivo, que permite conhecer uma rede de serviços por meio da experiência vivida pelos profissionais que a compõem. O mapeamento pode ser realizado em três etapas: a elaboração de um projeto, aquele em que se levantam os dados e o seguinte em que são descritos, organizados e interpretados. Para o levantamento de dados, a saber, as vivências dos profissionais na rede de Atenção Psicossocial, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. A análise realizada pelo método empírico fenomenológico, que consiste em, após o conhecimento de todo o material, categorizar as vivências dos participantes em unidades de sentido, expressar a compreensão psicológica contida nessas unidades e, por fim, sintetizá-las, atribuindo uma visão do todo ao leitor (Mäder et al., 2019).

A pesquisa propôs-se a ir a campo conhecer e descrever a composição desta rede de atenção e seus arranjos assistenciais numa regional de saúde específica. Para tanto, foi realizado o mapeamento da rede de serviços, dispositivos e profissionais desta regional. Entendeu-se rede, para além de sua designação legal, como um processo de comunicação e cooperação entre serviços e profissionais. Para a realização da pesquisa, tomou-se como base os serviços referência em saúde mental para cada um dos municípios da região. Muhl (2015) apresenta esta regional de saúde e seus serviços com profundidade.

Vale ressaltar, que dos 31 profissionais que compunham a rede, contamos com a participação de 27 (sendo 8 psicólogos, 4 assistentes sociais, 4 terapeutas ocupacionais, 3 enfermeiras, 3 psiquiatras, 2 técnicos em enfermagem, 1 oficinaira, 1 pedagoga e 1 estagiária de serviço social) de seis serviços (4 CAPS I, Ambulatório de Saúde Mental e 1 hospital). Alguns serviços possuíam profissionais para as funções administrativas e de serviços gerais que não estão presentes na amostra.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná – SCS-UFPR, pelo parecer no. 896.740, em 12/02/2014.

## Resultados

### 1. O perfil dos profissionais e dos serviços

Os profissionais participantes da pesquisa são, em sua maioria, do sexo feminino (78%), oriundos de seis áreas de ensino superior e duas de nível médio. Notamos que 44% (12 profissionais) realizaram curso de pós-graduação na área de saúde mental. A maior parte dos profissionais é adulto jovem (20-29 anos) ou adulto (30-49 anos). Apesar da maioria (19 ou 70%), ser graduado há mais de seis anos, 15 (62%) deles estão há menos de dois anos nos serviços. Este curto período de inserção nos serviços pode ser atribuído à recente inauguração da maioria dos equipamentos ou por trocas recentes na equipe<sup>3</sup>.

A maioria dos profissionais (16) trabalha exclusivamente nos serviços pesquisados. Aqueles que possuem outros vínculos trabalham em consultórios particulares, outros serviços de saúde ou comunidades terapêuticas e um profissional atua como professor no ensino superior. Todos os psiquiatras trabalham em outros serviços. Vale destacar que, diferentemente das outras profissões, os psiquiatras são os únicos profissionais que trabalham em mais de um dos serviços pesquisados.

### 2. Acolhimento à população assistida

Os serviços pesquisados são referência em saúde mental para seus municípios. Os CAPS são todos da modalidade I e, conforme regulamentação, recebem todos os públicos (transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas, infantojuvenil, adultos e idosos). Os serviços hospitalares (ambulatório e leitos de internação) acolhem todas as idades, a depender da condição clínica.

Há uma preocupação comum entre os serviços de identificar o público que deve ser acolhido e se beneficiará pela atenção desempenhada pelo CAPS e distingui-lo daquele que deve ser encaminhado ou acolhido por outros serviços da rede. Isso se dá pela razão de organizar a demanda e pela capacidade de atendimento e tratamento do serviço. São emblemáticas as frases que identificam “[...] pacientes que não são de CAPS” (P6) e ou que se “[...] avalia o caso o que é de CAPS mesmo” (P17).

---

<sup>3</sup> Apresentaremos os serviços de forma codificada a fim de preservar a confiabilidade das informações.

Nos casos dos usuários adultos, notamos que o ‘paciente de CAPS mesmo’ é aquele que apresenta transtorno mental severo com perda da capacidade de realizar atividades cotidianas, em relacionamentos interpessoais e isolamento social ou que apresenta sintomas positivos de crise.

Há também o público de usuários de álcool e outras drogas. Neste caso, ‘o usuário de CAPS mesmo’ é aquele motivado para abandonar o uso, que não faz o uso durante o tratamento e que necessita de internação de forma constante.

No público juvenil, nota-se diferenciação no acolhimento dos usuários encaminhados pela rede assistencial e dos encaminhados pelo poder judiciário. Essa diferença se dá pela forma de vinculação do adolescente ao serviço. Uma vez que o CAPS é um serviço aberto, encontram-se dificuldades de atuar com um usuário que não queira frequentar o serviço.

O acolhimento a diferentes públicos é uma característica central dos serviços, especialmente dos CAPS I. Esta diversidade influencia a organização dos serviços: há a preocupação de não misturar os públicos e de oferecer atividades específicas para cada grupo.

### **3. Os arranjos assistenciais – dispositivos da atenção psicossocial especializada**

A estruturação dos serviços e sua oferta terapêutica apoiam-se além da regulamentação ministerial nos recursos materiais disponibilizados pela gestão e também nos recursos humanos. Os arranjos assistenciais promovidos pelos serviços estão baseados na qualificação e disposição dos seus profissionais; a organização da oferta de grupos e atendimentos são reflexos da noção de sofrimento e patologia dos profissionais, sua capacidade de acolhimento a estas questões.

Os serviços hospitalares mostram organização tradicional, centrada na doença e na relação médico-paciente, com consultas marcadas ou visitas aos leitos de internação, não oferecem atendimento em grupo ou atividades lúdicas. A atenção se restringe aos ‘atendimentos individuais’ e administração das ‘medicações’.

Os CAPS apresentam maior diversificação de atenção (ao usuário, sua família e à rede assistencial). Observamos cinco ofertas assistenciais em todos os serviços de CAPS, ainda que cada qual à sua maneira: acolhimento, grupos terapêuticos, atendimentos individuais, oficinas e medicação. Quando atentamos à estruturação da grade do serviço ainda é possível observar um horário determinado para as reuniões de equipe, fundamental para o funcionamento do serviço.

Convém voltar a atenção para os arranjos ou ofertas não dispostas na grade ou cronograma de atividades, mas citados de forma decisiva na coleta de dados. Sublinhamos os encaminhamentos e diálogos com outros serviços, mas também ressaltamos os relatos de atividades espontâneas que não ocorrem com horário marcado. Estas atividades são relacionais, ligadas à alguma necessidade específica: ajuda para higiene pessoal e cuidados básicos de usuários e nos horários de alimentação.

O ‘acolhimento’ é apontado de duas formas: o momento da chegada e recepção do usuário ao CAPS e o ato de aceitar e admitir o usuário no serviço. O momento da chegada do usuário ao CAPS é realizado de forma diferenciada por cada serviço. No CAPS A, todos os acolhimentos são feitos pela mesma profissional, a coordenadora. No CAPS B, o acolhimento é administrativo com preenchimento de uma ficha na recepção e posterior atenção dos profissionais da assistência. No CAPS C, o acolhimento é feito pelos profissionais com hora marcada. Já no CAPS D, é feito por qualquer profissional com ensino superior, a qualquer momento de procura ou busca.

O acolhimento tem dupla função: primeiro, fazer uma avaliação inicial do usuário e a segunda vem da noção de que o CAPS não é um simples ambulatório, mas um lugar de estabelecer vínculos e relações. Apesar de formas de ação diferentes, os serviços têm em comum o dever de conhecer o usuário como um todo e inseri-lo nas atividades disponíveis. Apesar do acolhimento ser realizado somente por um profissional, todos os serviços decidem em equipe a inserção no serviço e as atividades para cada usuário. A formulação do PTS (Plano Singular Terapêutico), tal qual orientado pelo Ministério da Saúde (2007), não foi relatada.

Os 'grupos terapêuticos' são atividades centrais no funcionamento dos CAPS, porém, cada serviço utiliza este dispositivo de forma diferente. A seleção dos participantes do grupo e seus objetivos são as principais características destas atividades. De forma geral, a seleção dos participantes é feita pelo diagnóstico. A organização da assistência como um todo segue este padrão. Observamos que os usuários, selecionados por diagnóstico, têm um dia agendado para frequentar o CAPS, salvo em caso de necessidade e de maior atenção. Duas citações de participantes exemplificam essa tendência como

A gente monta em grupos separados, também não tem como misturar. Vem pra cá e a gente atende a todos os tipos. Esquizofrenia, é [...] bipolaridade, vai até a drogadição, o alcoolismo, então... todos os tipos de transtornos e dependências químicas (P3).

Temos o grupo de transtornos mentais na segunda feira, de família na terça, de depressão na quarta e de dependência química na quinta. O grupo que está andando devagarzinho é o de adolescente (P3).

Em cada CAPS, os grupos servem a propósitos diferentes. Podem ter caráter psicoterapêutico (com ênfase em psicoterapia de grupo), de orientação (como organização da rotina e da medicação), ou de forma mais abrangente, como roda de conversa ou atividades livres. Os grupos terapêuticos são conduzidos por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Enfermeiros e médicos não afirmaram realizar estas atividades. Com exceção do CAPS C, todos os CAPS realizam um grupo de familiares. Esta atividade tem periodicidade menor que os outros grupos (1 vez por mês) e objetivo de aproximação e orientação. A utilização dos grupos pode ser potencializada com o olhar atento e clínico dos profissionais. Num dos CAPS, os profissionais ao realizarem autocrítica e autoavaliação foram inventivos e criaram novas possibilidades. Ao perceberem que o CAPS tinha dificuldades em dar alta aos pacientes, resolveram pensar o porquê disso. Realizaram, então, um grupo de preparação para alta, no qual se trabalham as relações sem o CAPS e as atividades da vida.

Num dos serviços, uma das participantes da pesquisa criou uma atividade de grupo a partir de outra visão sobre os pacientes. A seleção dos membros do grupo não se deu pela patologia, mas por algo que alguns usuários tinham em comum: a parentalidade. A profissional se utilizou da necessidade de fazer um trabalho de conclusão de curso (TCC) de uma pós-graduação em saúde mental para realizar um projeto de intervenção no CAPS em que atua. A partir da oportunidade técnica, a profissional usou suas percepções clínicas e criatividade pessoal para criar um dispositivo de atenção. Notou a necessidade de trabalhar com as relações pais e filhos dos usuários adultos. Para além do diagnóstico, foi possível acolher as relações destas pessoas com seus filhos. Valorizam-se assim os sujeitos e não o transtorno.

Isso partiu de uma observação minha aqui do atendimento, mesmo, né? Nesse grupo eu trabalho com eles a questão do limite, do afeto [...] É um trabalho mais preventivo levando em consideração que eles [filhos de pessoas com transtorno mental] têm probabilidade de também desenvolver algum tipo

de transtorno. Então, esse é um grupo mais focal para falar da relação familiar, mais especificamente pais e filhos (P8).

Os 'atendimentos individuais' são citados por todos os serviços e servem para avaliação. Como forma contínua, os atendimentos individuais são realizados por psiquiatras, enfermeiros e psicólogos. A consulta psiquiátrica segue o modelo ambulatorial, um momento para o paciente falar sobre o que se passa e o psiquiatra avaliar. O atendimento dos enfermeiros é uma complementação do trabalho biomédico. Além da avaliação, há o acompanhamento individual com fins terapêuticos. Diferentemente dos ambulatoriais, em que o foco é individual e progressivo, os atendimentos individuais são complementares ao trabalho de grupo e destinados para aqueles que ainda não conseguem participar de grupos ou para aqueles que têm uma necessidade de atenção maior do que a disponibilizada pelo grupo.

As 'oficinas' são propostas de trabalho em grupo com objetivos diferentes dos grupos terapêuticos e representam uma proposta alternativa, criativa, intermediada por uma atividade central. Nos serviços pesquisados, observamos a oferta de oficinas de pintura, artesanato e crochê; computação; horta; hidroginástica na piscina; e de caminhadas e alongamento. Algumas dessas oficinas são realizadas em parceria com outras instituições e serviços. Se, por um lado, são ligadas a figura de um artesão ou artista, por outro, também podem ser desempenhadas pelos outros profissionais (terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e voluntários descreveram ações de oficina em nossa amostra).

A oferta destas atividades depende dos conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e disposição pessoal dos profissionais e da disponibilidade de recursos materiais pelo serviço, pela administração municipal ou pela comunidade.

Vai atrás! É tudo assim, a gente que vai atrás. Parcerias, parceria com o sindicato, tem a chácara aqui a nossa disposição, tudo é parceria. Cultura, pessoal da agricultura vem aqui, doa a terra, doa as mudas (P21).

Eu tenho tentado desenvolver trabalho, como uma atenção geral. [...] Identificando possíveis problemas de saúde no geral. [...] Vejo a questão da parte motora deles trabalhando alongamento, caminhadas, exercícios, aeróbica. [...] Então, mas eles aceitam bem, aderem bem. É bem interessante (P20).

Observamos, por outro lado, que quando um profissional não tem habilidade ou disposição para o trabalho em grupo, há dificuldade na evolução do processo.

[Eu] fazia um grupo, antes [...] mas via que não tava muito evoluindo. Por que não tinha como fazer uma dinâmica, por que não é a minha área, né? Então a gente achou mais viável estar em todos os grupos, perguntando como que tava sendo a organização do remédio, como que tava sendo as consultas com o psiquiatra, que daí agora está bem mais viável (P2).

A prescrição, a rotina e o uso da 'medicação' são preocupações centrais na atividade do CAPS. A prescrição é função privativa do médico psiquiatra, já a rotina e organização do uso são divididos entre os outros profissionais, especialmente com os enfermeiros. Os usuários com maiores dificuldades para compreensão ou organização da rotina recebem atenção particularizada mais constante e próxima, por vezes, com atendimento diário.

A oferta da medicação, realizada pelo município, é constante. Há dificuldade maior ligada à variedade de medicações e burocracia para aquelas fornecidas pela Secretaria Estadual, no entanto, ao final, acessam-se as medicações.

Temos a quantidade de classes de remédios. Aqui eu tenho dois antidepressivos, dois estabilizadores de humor, um ansiolítico. Não que não funcione, resolve, mas e aquele paciente que já usou e não resolveu? Precisaríamos tentar outras classes de medicamentos para tentar beneficiar e ver se o paciente tem alguma melhora, [...] e o paciente tem que comprar. Mas no geral o acesso não é difícil, mas infelizmente temos esta restrição das classes dos remédios (P27).

Os usuários com maior desenvoltura para lidar com estas questões recebem mais autonomia para este cuidado e para a condução de seu processo. O cuidado com a medicação reflete o cuidado de si e a compreensão dos sintomas e do sofrimento.

Todo paciente que entra em crise, você pode olhar que a medicação: ele deixou de tomar [...]. Todos, todos. 100%. Eles deixam de tomar por quê? Porque eu sempre falo para eles: 'pessoal, quando vocês veem que vocês estão ótimos é porque está casando muito bem a medicação com a terapia. Então, todo aquele sintoma some, e vocês acham que a doença sumiu'. Infelizmente, o transtorno mental é uma doença crônica. Tem controle, mas não tem cura (P6).

O processo de cuidado com a medicação é um fator concreto e observável para avaliação da forma como um usuário cuida de si. Há a percepção de que o CAPS cumpre seu papel quando um usuário consegue administrar a medicação e suas relações sem a presença constante da equipe.

Um paciente que está estabilizado ele está aqui há mais de um estável, seja por uma depressão mais grave ou transtorno de ansiedade talvez, se esse paciente não apresentou nenhuma alteração de quadro dentro de um ano, é encaminhado para uma unidade de saúde para dar continuidade no tratamento (P20).

A melhora das condições de vida do usuário e de seus sintomas é um dos principais motivos para realizar 'encaminhamentos' ou contato com outros serviços. Além da alta, vulnerabilidade social, condições clínicas ou atenção à crise<sup>4</sup> representam as necessidades de encaminhamento. Notamos que há poucas interações com outros serviços, como reuniões ou matriciamento. Em especial, quando há necessidade de internação hospitalar, a comunicação com os serviços hospitalares é nula. A comunicação ou construção conjunta com outros serviços são mais utilizadas em casos-problema, que desafiam a equipe ou cujos problemas não podem ser desenvolvidos apenas pelo CAPS, que organiza sua atenção conforme as demandas dos usuários no serviço. Desta forma, notamos que a organização do serviço com grade horária e atividades planejadas, por um lado, facilita a organização do serviço, mas por outro, dificulta a relação e conexão dos serviços.

Tem bastante reuniões [...] eles vêm mais eles aqui do que a gente lá, porque eles não têm grade de atendimento. Nós temos meio [...] É tudo cronometrado (P6).

A organização do serviço em grade horária tem um espaço para reunião de equipe. Todos os CAPS têm um momento para discussão de casos, de 'reunião de equipe'. A reunião é vista como um momento especial para equipe como um espaço para capacitação, organicidade, avaliação dos casos e decisão de condutas entre a equipe. Este momento de cooperação acontece em todos os CAPS pesquisados. Sublinhamos que há um horário previsto na grade horária do serviço que por um lado obriga todos a estarem presentes, por outro oportuniza o encontro. Essa forma de delimitar e garantir o espaço de encontro contrasta com a dificuldade de reunião (ou mesmo troca) com outros serviços da rede, em que não há pré-disposição em grade, não está dentro do cronometrado, como disse o P6.

---

<sup>4</sup> O tema da 'crise' é central, pois além de representar um 'lugar' de destaque nos serviços, permanece um mistério e uma 'sombra' no processo de atenção, dada a dificuldade de sua definição e apropriação (Kranichenski, 2019; Lima & Dimenstein, 2016; Martins, 2017).

A atenção oferecida pelo CAPS não se restringe às atividades que podem ser organizadas em grade horária ou a partir da prescrição e manejo da medicação. O CAPS é um lugar de estabelecimento de vínculos, tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. Neste processo, a figura da 'coordenação' é fundamental para o andamento das atividades do CAPS. É a coordenadora<sup>5</sup> que faz a relação política com a gestão, é responsável pela gestão administrativa e humana e, em algumas ocasiões, funciona como supervisão técnica para os demais. A coordenadora precisa mediar conflitos ou desavenças entre a equipe, entrosar e motivar os profissionais a sentirem-se, de fato, uma equipe. No caso da nossa amostra, as coordenadoras mantêm-se realizando assistência, e não raro, dispõem-se a assumir os casos de condução mais difícil. Além disso, a coordenadora precisa dar autonomia para o trabalho dos profissionais ao mesmo tempo em que precisa proporcionar uma unidade e características próprias ao trabalho. É a coordenadora que sente os limites da equipe e serve de ponto de apoio para as decisões da equipe.

[A oficina], na verdade, é materializar a sua reabilitação. Quando a coordenadora me pediu para tocar a eu falei assim: 'eu posso fazer do jeito que eu visualizo?' Ela respondeu: 'Pode' [...] [hoje, a oficina] Está linda! Sinal que o nosso grupo está muito bom (P22)

E até, às vezes, nossa, porque a gente acaba criando vínculo, e fica assim, tanto que você vê, a coordenadora, principalmente. Ela pega pacientes que teoricamente não poderia, porque o paciente chega aqui, está muito mal, ela diz que não tem como abandonar esse paciente, vamos ter que atendê-lo (P8).

## Discussão

O trabalho do CAPS é visto como um processo que tem efeito importante na vida de seus usuários. As atividades terapêuticas (grupos, atendimentos individuais e oficinas) têm função primordial, ao oportunizar catarses, relaxamento, criatividade, conhecimento e percepção de si. A medicação tem efeito importante, uma vez que oportuniza uma estabilização dos sintomas, mas também o conhecimento da sua função e de seus efeitos sobre a própria vida dos usuários.

Observamos que a alta está relacionada à estabilização dos sintomas e à capacidade de cuidar da própria medicação. Já a inserção no serviço está relacionada aos casos em que os usuários estão em intenso sofrimento, desorganização funcional ou cronificados por tratamentos anteriores. No entanto, é possível notar uma percepção de que o acompanhamento para usuários de álcool e outras drogas não é tão efetivo quanto para os usuários com outros transtornos mentais. Nota-se, no discurso dos participantes, que há entendimento que o transtorno mental é uma condição, algo que não passa e com o qual se deve conviver; já aos usuários de álcool e outras drogas, a abstinência tem um caráter central no cuidado. Em alguns casos, espera-se que o usuário já tenha suspenso o uso para ser inserido no serviço (que faria a manutenção), em outros o usuário precisaria mostrar motivação para suspender o uso. Cabe, neste caso, perguntar se o CAPS não acolhe o sofrimento de um usuário que não tem clareza sobre a abstinência, qual outro serviço o acolherá?

Se, por um lado, não observamos, em nenhum serviço, cuidados baseados na estratégia de redução de danos, por outro, constatamos, contudo, que o número de pedidos para internação dos casos de usuários de álcool e outras drogas é maior em comparação àqueles para pessoas com outros transtornos mentais. Se há uma noção de que o usuário

---

<sup>5</sup> Todas as coordenações dos CAPS pesquisados eram ocupadas por mulheres. Escolhemos manter o gênero feminino para indeterminar o sujeito, sublinhando assim o protagonismo feminino na rede pesquisada,

de drogas não deve ter contato com a droga, o internamento cumpre com certo sucesso este objetivo.

A maioria [dos usuários que precisam de internação] são casos de dependência química. Transtorno bem pouco, a gente tem conseguido mantê-los aqui estabilizados em condição no CAPS (P21).

[Atendemos] dependente químico, só que [...] o dependente químico que vem e sai, vem e sai, não é um cliente mais fixo do serviço devido a essas recaídas, às vezes quer, às vezes não quer o tratamento (P5).

A dificuldade em seguir o acompanhamento sugerido pela equipe, entretanto, não é uma questão restrita aos usuários de drogas. Não querer o tratamento, não querer sair do CAPS ou apresentar alguma resistência ao melhorar os sintomas são questões importantes que impõem impasses aos serviços. Estes casos estão na contramão da ideia de saúde como completo bem-estar físico, mental e social. Os objetivos do tratamento, conforme relatos dos profissionais, são elevação da autoestima, reinserção psicossocial, trabalhar a adesão ao tratamento e a supressão dos sintomas. Ora, o que os profissionais podem ou devem fazer com usuários que não querem atingir o objetivo do tratamento?

Aqui é importante retomar a função da atenção, do acolhimento e do diagnóstico. A que se refere o 'não querer melhorar', em relação à patologia e à posição do usuário frente a si mesmo e ao mundo? Alguns participantes apontam relação com a perícia do INSS: melhorar significa perder concessão de benefícios. Outra possibilidade é usuários que não querem melhorar, pois ao receber alta do CAPS, perderiam seu único lugar de convivência. Há casos em que é uma manifestação própria da psicopatologia. Ora, no que, afinal, consiste a experiência do 'sofrer'? "Aproximar-se da patologia, descrevê-la na sua totalidade, encará-la como uma realidade, implica em encarar o sofrimento humano – não como objeto alheio a nós, mas como realidade concreta – na sua clareza e na sua mais profunda crueza" (Holanda, 2017, p. 173).

Quando um profissional de saúde lida com o sofrimento, com a patologia que 'não melhora', a sua própria destreza e capacidade (assim como da equipe) são colocadas a prova. Associada a isso está a satisfação que o próprio profissional retira do trabalho. É neste ponto, neste nó da atenção à saúde mental, que os profissionais assumem um protagonismo que envolve aspectos técnicos, éticos e pessoais, além do proposto pelas portarias ministeriais.

Yasui, Luzio e Amarante (2018) apontam a necessidade de esforço cotidiano dos profissionais para se desvencilhar das armadilhas dos modelos biomédicos, prescritivos e alienantes que insistem em retornar para a atenção psicossocial.

Apresentamos outro exemplo: um médico psiquiatra aponta a necessidade de não se ter pressa em fechar um diagnóstico, utilizar informações que ele mesmo colhe e ser criativo no processo de coleta de informações. Para a construção do diagnóstico de um menino, pediu-lhe, no segundo atendimento, que fizesse um jornal sobre sua vida. Com estas informações fechou-se um diagnóstico após um mês de atendimento.

A participação ativa dos profissionais de um CAPS, de um serviço de saúde mental, transborda-se as orientações legais e burocráticas. A função da coordenadora é outro exemplo, pois é quem confere ao serviço organicidade, equilíbrio e celeridade dos processos de cuidado. É ela quem centraliza as informações e precisa ter a visão do todo. É ela que vai representar o serviço frente à gestão municipal e intermediar as relações institucionais. Poderíamos dizer – seguindo a designação proposta por Merhy e Franco (2003) – que a coordenadora precisa lidar com mais frequência com as tecnologias 'duras' e 'leve-duras' do que os outros profissionais. É a partir do sucesso desta mediação que o

serviço poderá desempenhar com segurança as 'leves'. As tecnologias leves, relacionais podem ser exemplificadas por acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização. Podemos dizer que estas ações de convivência e trato com os usuários passam pela disposição e vontade pessoal dos seus profissionais. A perspectiva do cuidado e do acolhimento tem uma dimensão ética e humana maior do que uma questão técnica e formal (Romanini, Guareschi, & Roso, 2017)

Na verdade, a gente trabalha mais por uma coerência do que por uma regra. A gente bem que tem a regra, mas a gente usa mais o senso, a sensatez do que a regra em si. [...] nesse diálogo eu percebo que essa pessoa realmente é pessoa para ser atendida aqui no CAPS, eu não tenho por que falar para a pessoa fazer essa via sacra (P25).

Além da dimensão técnica, há a dimensão pessoal, própria, bastante relevante para o sucesso de um CAPS. Estas dimensões, em muitas vezes, são mescladas, afinal o projeto profissional de cada um é também pessoal. Neste caso, o desenvolvimento técnico precisa fazer parte da rotina.

Nós temos um projeto aqui no CAPS, cada profissional tem um projeto, que vai desde a formulação até a parte de serviços gerais. Cada profissional tem um projeto e o meu projeto é justamente esse: desenvolver a questão do grupo (P1).

Notamos que a percepção do profissional e sua doação pessoal são fatores fundamentais para que novas estratégias surjam e que o trabalho assistencial não se transforme numa reprodução morosa das obrigações técnicas.

Nestes exemplos, podemos observar que os profissionais que se dispõem à assistência, vivenciam as dificuldades e os avanços junto com seus usuários. Ao investirem tempo e dedicação ao trabalho, retiram satisfação pessoal dos resultados. Da mesma forma, quando os resultados não saem como esperado, ou de alguma forma são obstaculizados, os profissionais sentem a frustração e o desânimo no processo. Trabalhar na promoção de direitos de pessoas com transtornos mentais implica no tensionamento das relações dos profissionais que não conhecem ou têm resistência em lidar com esta população.

Acho que a gente faz o possível e o impossível para que dê mais certo [...]. Mas a gente tem uma vontade imensa e a gente bota em prática tudo o que a gente tem vontade. Não sei se vai dar certo, mas a gente bota (P10).

Nós profissionais de CAPS precisamos tomar muito cuidado com a nossa saúde mental. Só que a gente acaba alterando até o nosso próprio perfil no trabalho, na equipe, passamos por algumas modificações mesmo no próprio trabalho, e acabamos nos tornando uma equipe diferenciada de onde nós estamos (P23).

Além da promoção de direitos, na atenção a pessoas com transtorno mental, trabalha-se com a subjetividade das pessoas, com aprendizado e crescimento. Assim como os usuários, os profissionais encontram-se, além das questões técnicas, com suas dificuldades pessoais. Desta forma, o trabalho com sofrimento mental exige certa suportabilidade à própria angústia e abertura a se desenvolver.

Este caso deste menino que, meu, mexeu muito aqui comigo e aí surgiram várias ideias (P17).

Tive que aprender muito aqui dentro [...] Achava que tinha que ajudar todo mundo [...] Eu aprendi a dizer não em alguns momentos (P7).

Neste trabalho que coloca os profissionais frente a impasses técnicos e pessoais, a resposta não provém apenas de protocolos ou manuais. Aqui se aponta um impasse no

caminho de se fazer saúde e mais propriamente neste caso, fazer saúde mental. Há a exigência de melhorar a vida do usuário, diminuir seu sofrimento, promover seu bem-estar. Porém, há as exigências técnicas e administrativas em atender o usuário, oferecer grupos, atendimentos, evoluir em prontuário e documentar as ações, de forma que é possível cair no engodo de que, ao fazer isso, chega-se ao objetivo da saúde mental.

Se o objetivo da política de saúde mental não é normatizar os indivíduos, mas respeitar e promover as singularidades, encontramos em Saraceno (1996, p. 151) que reabilitação psicossocial “[...] não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas pelo contrário, a reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver e coexistir no mesmo cenário que os fracos”.

Atenção psicossocial é um processo de cuidado e acompanhamento em que a singularidade é um produto de resistência, cujos objetivos estão relacionados a oportunizar novas possibilidades de viver e de se criar (Yasui et al., 2018)

Neste cenário, considerando a proposição apresentada acima de que o conceito de saúde mental implica numa ‘pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política’, as ações dos profissionais, se forem meramente protocolares, objetivariam colocar o usuário numa posição adaptada, normatizada. Segundo Canguilhem (2007), a normalização é a expressão de como uma sociedade histórica relaciona-se com sua estrutura, mesmo que não haja a tomada da consciência por parte dos indivíduos. O profissional em saúde mental não está isento de se haver com seus limites e com sua forma de lidar com a estrutura, sob o risco de tornar-se um burocrata. Nesta direção, não é surpreendente que modelos de normalização e normatização encontrem eco nos trabalhos dos CAPS, dado que sempre há a necessidade de se renovar as perspectivas para uma apreensão crítica do sistema, dos modos de apreensão da patologia e dos fazeres profissionais (Krachenski, 2019)

Neste sentido, Holanda (2017) marca um ponto de diferença entre duas posições da natureza humana passíveis de comparação: a liberdade e a escravidão. A escravidão, neste caso, não está ligada a grilhões e correntes; falamos de alguém que fica alheio a si e dependente de modelos externos para guiar seu julgamento e suas ações. Em saúde mental, a escravidão é comparável à postura do burocrata, que busca repetir o mesmo modelo a todos e a si; que se esforça em oferecer grupos, oficinas, confraternizações, mas não se acessa a experiência ou o sofrimento de quem está vulnerável. Para Portugal, Mezza e Nunes (2018), a atenção psicossocial supõe a abertura (‘colocar entre parênteses’) a um ponto exterior à clínica, através de um movimento dialético entre a clínica e o cotidiano que enriquece a assistência.

Para Delgado (2011), a mudança de modelo em saúde mental ocorre quando os profissionais compartilham a dor do outro como se fosse própria.

A reforma psiquiátrica necessária só será feita por profissionais e gestores que sejam relíquias e tenham dedicação integral ao semelhante vendo a dor do outro como se fosse a própria dor. Dispostos a se criticarem e reverem posições, já que não há batalha vencida nem vigor que não arrefeça entre pessoas informadas e livres (Delgado, 2011, p. 4706).

O trabalho em saúde mental coloca-nos diante de uma constante retomada. A liberdade não deve ser igualada à conquista e satisfação das vontades, à chegada de um fim, mas justamente, à capacidade de ‘reconhecimento’ de si. Afinal, “[...] é doloroso, é cansativo, é laborioso ser livre. A liberdade não é um estado de espírito, mas uma condição humana; e como tal, ela não pode ‘ser’ conquistada, mas deve ‘estar sendo’ continuamente conquistada” (Holanda, 2017, p. 166). Se, em saúde mental, falamos em corresponsabilização, é justamente neste sentido: profissionais e usuários assumem em

conjunto a tarefa contínua de serem livres e criativos assumindo o sofrimento como condição humana, mas com a possibilidade de compreensão e crescimento.

### Considerações finais

O avanço representado pela lei 10.216 e o movimento social que a sustenta não se resumem pela mudança de lugar de tratamento da loucura, mas uma mudança no lugar do louco na sociedade. Reafirmando o sofrimento e a liberdade como condições humanas, este lugar precisará ser continuamente retomado.

Faz-se necessário conhecer os arranjos assistenciais encontrados pelos profissionais que assumem esta responsabilidade de trabalhar com saúde mental. A descrição dos dispositivos utilizados nos serviços tem a pretensão de conhecer como se dá esta organização. Pudemos encontrar formas estanques e criativas em todos os serviços. Encontramos soluções humanas e criativas como também práticas irrefletidas e cristalizadas na atenção ao sofrimento mental.

Neste sentido, apontamos também a diferença entre a compreensão dos objetivos de tratamento entre os usuários de álcool e outras drogas para os usuários com outros transtornos mentais. Se, por um lado, os profissionais, de forma geral, veem o transtorno mental como algo crônico para o qual a pessoa precisa conhecer e conviver dentro de sua singularidade, por outro, veem o objetivo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas de maneira genérica: a interrupção do uso. Não seria o caso, da mesma forma, de conhecer a necessidade do uso para cada pessoa singularmente?

Finalmente, sem desmerecer a necessidade de pesquisas quantitativas e que tem a doença como objeto, retomamos o caráter heurístico do objeto em saúde mental, evidenciando sua importância. Ao encarmos saúde como direito, é conveniente despertar a curiosidade sobre a sua dimensão subjetiva em outras áreas da saúde, tal qual a saúde mental.

### Referências

- Almeida Filho, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3), 4-20. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>
- Almeida Filho, N., Coelho M. T. A., & Peres M. F. T. (1999). O conceito de saúde mental. *Revista USP*, 43, 100-125. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i43p100-125>
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Ballarin M. L. G. S., Carvalho, F. B., Ferigato, S. H., Miranda, I. M. S., & Magaldi C. C. (2011) Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 603-611. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000400011>
- Canguilhem, G. (2007). *O normal e o patológico* (6a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Delgado, P. G. G. (2011) Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4701-4706. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300019>

- Holanda, A. F. (2017). Loucura, exotismo e diversidade: revisitando um olhar antropológico. In N. J. Faria, & A. F. Holanda. *Saúde mental, sofrimento e cuidado: fenomenologia do adoecer e do cuidar* (p. 155-190). Curitiba: Juruá.
- Krachenski, N. B. (2019). *A experiência de profissionais de um CAPS a partir de uma proposta de atenção em saúde mental em primeiras crises* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J. (2019). Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(3), e290310. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>
- Lima, M., & Dimenstein, M. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 625-635. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>
- Mäder, B. J.; Holanda, A. F. & Costa, I. I. (2019). Qualitative and phenomenological research in mental health: Mapping as a proposed descriptive method. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 35, e35439. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35439P>
- Martins, A. G. (2017). A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*, 11(20), 226-242. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100012&lng=pt&tlng=pt)
- Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-23. Recuperado de: [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)
- Miliauskas, C. R., Faus, D. P., Junkes, L., Rodrigues, R. B., & Junger, W. (2019). Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1935-1944. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>
- Ministério da Saúde. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, DF. Recuperado de: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)
- Muhl, C. (2015) A atuação do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial: um estudo fenomenológico na Regional de Saúde do litoral do Paraná (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Portugal, C. M., Mezza, M., & Nunes, M. (2018). A clínica entre parênteses: reflexões sobre o papel da arte e da militância na vida de usuários de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(2), e280211. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280211>

- Romanini, M., Guareschi, P. A., e& Roso, A. (2017). O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. *Saúde em Debate*, 41(113), 486-499. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711311>
- Rouquayrol, M. Z. (2012) Contribuição da epidemiologia. In G. W. S. Campos. *Tratado de saúde coletiva* (2a. ed. rev. aum.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Silva, G. B. (2014). *A legislação em saúde mental no Brasil (1841-2001): trajeto da consolidação de um modelo de atenção* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (p. 13-18). São Paulo, SP: Hucitec.
- Silva, J. D. G., Aciole, G. G., & Lancman, S. (2017). Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores: um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 881-892. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0559>.
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190. <https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>

Recebido em 09/07/2020  
Aceito em 05/06/2021