



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva**



Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

Isabele Rodominski Louzada Leandro

**Reflexões sobre as tecnologias leves como operadoras da linha de cuidado no modelo de
Atenção Psicossocial: um relato de experiência de formação**

Campinas - SP

2021



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva



Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

Isabele Rodominski Louzada Leandro

**Reflexões sobre as tecnologias leves como operadoras da linha de cuidado no modelo de
Atenção Psicossocial: um relato de experiência de formação**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Coordenação: Prof^ª Dr^ª Rosana T. Onocko Campos Orientador:
Prof. Dr. Bruno Ferreira Emerich

Campinas - SP

2021

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo discutir as tecnologias relacionais de cuidado como ferramentas operadoras da assistência integral em saúde mental através do paradigma da Atenção Psicossocial. Trata-se de um relato de experiência sobre a formação em serviço vivenciada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III da cidade de Campinas, em que se evidencia a dimensão relacional do processo de produção em saúde a partir de um relato sobre a elaboração do Projeto Terapêutico Singular de um caso acompanhado nesse serviço. A partir dessa narrativa, aponta-se que a construção de uma linha de cuidado comprometida com a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, encontra respaldo nas ferramentas conceituais e dispositivos da clínica ampliada e compartilhada a fim de identificar e superar as contradições expressas nas tendências de fragmentação e alienação dos fluxos de assistência à saúde.

SUMÁRIO

Introdução	4
Saúde e democracia: considerações sobre o projeto ético-político do SUS	6
A Reforma Psiquiátrica Brasileira, contexto e experiências de implementação	8
3.1 A Rede de Atenção Psicossocial e o papel dos serviços especializados	12
Dispositivos da Política Nacional de Humanização	15
Dimensão da prática: retratos de uma experiência de formação	18
5.1 Apresentação do caso: história de vida	20
5.2 Projeto Terapêutico Singular, objetivos e dispositivos para efetivação	21
Considerações finais	28
Referências bibliográficas	30

1. Introdução

As reflexões propostas neste trabalho se dão no contexto da experiência de formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Esse Programa faz parte do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP) e está estruturado em consonância com o objetivo de formar trabalhadores para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de qualificar a prática clínica alinhada aos princípios éticos e políticos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O Programa de Residência é caracterizado pela modalidade de ensino em serviço e conta com o suporte de estratégias teóricas e teórico-práticas. Os serviços que configuram os campos de atuação dos residentes são definidos mediante parceria entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde, bem como com o Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira, instituições responsáveis pela gestão de equipamentos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Campinas. De forma geral, prevê a imersão em diferentes dispositivos da atenção primária, secundária e terciária, e também a participação em espaços de controle social (ONOCKO-CAMPOS, EMERICH, RICCI, 2019).

No que diz respeito às estratégias teóricas, a construção desse processo de especialização aposta na participação em espaços coletivos que visam a qualificação do raciocínio clínico a partir da troca entre diferentes núcleos profissionais, sendo eles a terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem e a psicologia. Tem-se como princípio que o exercício profissional no campo da saúde mental pressupõe um trabalho reflexivo sobre a relação de cada sujeito com a sua prática, de forma que se trabalha com ferramentas de sensibilização para o desenvolvimento das potências e dificuldades inerentes à prática clínica (ONOCKO-CAMPOS, EMERICH, RICCI, 2019).

Nessa configuração, a discussão aqui proposta parte do acúmulo de experiências vivenciadas enquanto Psicóloga Residente nos últimos dois anos, tendo atuado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em território de área rural, além de um breve período na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp. Embora não seja o foco dessa reflexão, ressalta-se que essa trajetória se deu durante o contexto da pandemia de COVID-19, cuja gestão desastrosa e anticientífica promovida pelo Governo, segue produzindo uma série de desdobramentos para o fluxo de assistência à saúde.

Parte das inquietações vivenciadas nesse processo de formação dizem respeito ao fato de que o paradigma biomédico e o paradigma psicossocial, coexistem como perspectiva de

cuidado oferecido pela rede substitutiva de saúde mental. Superar essa contradição exige um olhar atento para a formação de pessoas capacitadas para colocar em prática uma perspectiva de atuação que contemple abordagens clínicas interdisciplinares voltadas para a singularidade dos sujeitos, coletivos e territórios. Merhy e Franco (2003), apontam que a organização do cotidiano de trabalho é fundamental para garantir a existência e a manutenção de dispositivos que valorizem a dimensão relacional e coletiva do processo de produção de saúde, sendo esse um caminho possível para a efetivação da reestruturação da assistência.

Ao longo desses dois anos, a experiência de formação permitiu vivenciar a posição de profissional de referência para o cuidado da população a partir dos diferentes pontos de atenção. A inserção através das equipes dos serviços prevê que a responsabilidade pelo acompanhamento dos casos seja compartilhada entre os profissionais da unidade, de maneira que haja sustentação para a construção clínica dos casos. É claro que há muitos desafios para a efetivação dessa linha de atuação e nem sempre é possível desempenhá-la na sua radicalidade. O que se pretende afirmar é que mesmo diante das fragilidades enfrentadas, procura-se fomentar uma perspectiva de formação que caminhe para a construção da clínica ampliada e compartilhada como perspectiva transversal para a atuação nos serviços.

Tendo em vista que o SUS assume a responsabilidade de qualificar trabalhadores para atuar em concordância com seus princípios ético-políticos, esse trabalho tem como objetivo discutir as tecnologias leves como operadoras do cuidado integral e da formação alinhada com as diretrizes da Atenção Psicossocial. Para tanto, será apresentado um relato da experiência de formação através de um recorte da atuação em um Projeto Terapêutico Singular acompanhado em CAPS AD III. Esse relato tem como base o conceito de Itinerário de Formação apresentado por Oury (1991), que nos convida à reflexão permanente sobre as particularidades inerentes ao trabalho em saúde mental, elaborando narrativas sensíveis às construções de sentido atribuídas às funções e dinâmicas experienciadas nas relações terapêuticas.

Merhy e Franco (2003) definem como tecnologias leves aquelas que compreendem o espaço relacional entre as equipes profissionais e os usuários. Implica, portanto, na disposição para o ato do encontro, para o acolhimento humanizado, estabelecimento de vínculo e corresponsabilização pelo itinerário de cuidado do usuário na construção da rede assistencial. Nesse sentido, convém apresentar o percurso epistemológico que sustenta a experiência aqui descrita, apresentando reflexões sobre as dimensões históricas e subjetivas que atravessam o fazer cotidiano da prática.

2. Saúde e democracia: considerações sobre o projeto ético-político do SUS

A organização das práticas de saúde reúne uma série de conhecimentos e técnicas para responder às demandas da sociedade em determinado contexto político, econômico e social. Pode-se dizer que essa configuração se dará em função de diferentes interesses e objetivos, concretizando mecanismos de intervenção que implicam em repercussões importantes para as condições e qualidade de vida da população. A Constituição Federal de 1988 marca um momento histórico importante no que diz respeito à redemocratização, às conquistas por direitos sociais e a implicação com a transformação do paradigma da assistência à saúde no Brasil (BASTOS DE PAULA, 2015).

Até então, o acesso aos serviços estava orientado prioritariamente pelo sistema de previdência social, privilegiando a posição ocupada no mercado de trabalho formal e o poder aquisitivo individual. Nesse contexto, consolida-se um modelo de atenção centrado na oferta de assistência médica e organizado a partir do investimento em prestadores de serviços privados, facilitando a concepção de acesso à saúde como uma mercadoria submetida aos interesses do neoliberalismo. Essas características também contribuem para a ampliação do investimento nos planos e seguros de saúde, cujos valores determinam a condição e a qualidade de acesso (PAIM, 2011).

Segundo o autor, esse modelo está baseado na compreensão de que o conhecimento da medicina é o elemento central do sistema assistencial. Tem como foco ações individuais e especializadas, cujos critérios de intervenção priorizam procedimentos e tecnologias baseadas no paradigma biomédico. O conjunto de saberes que dá suporte a esse paradigma dedica-se a compreender, quantificar e catalogar manifestações biológicas das doenças e seus impactos no funcionamento dos organismos. Dessa maneira a assistência se faz, principalmente, a partir de ações pontuais e isoladas de viés curativo e medicamentoso a serem ofertadas nos grandes ambulatórios e hospitais, geralmente concentrados em regiões urbanas.

O que se verifica é uma tendência de fragmentação das intervenções em saúde, com ênfase na hierarquia do conhecimento dos especialistas e no atendimento de demandas espontâneas através do formato queixa-conduta. Nesse contexto, a definição do diagnóstico clínico é o elemento mais relevante, havendo pouco espaço para o estabelecimento de vínculos e para um acompanhamento longitudinal, integral e singular do processo de adoecimento dos sujeitos e coletivos. Cabe ressaltar que essa é a perspectiva através da qual os profissionais são formados e também a lógica que orienta o fluxo de atendimentos no interior dos serviços de

saúde na atualidade, fato que resulta em uma série de barreiras de acesso às práticas de cuidado (BASTOS DE PAULA, 2015)

A questão que se apresenta na urgência de superar o modelo médico-hegemônico, não se dá pela negação da importância de tratar a dimensão biológica do adoecimento, mas pelo reconhecimento dos limites e consequências do protagonismo conferido a essa oferta. Isso, pois estabelece um modelo de intervenção em saúde que reduz a complexidade desse conceito, desconsiderando os fatores sociais e históricos que atravessam esse campo. No que diz respeito à dimensão privatista, aponta-se que permanece sujeito aos interesses do mercado, e, portanto, isenta do compromisso com o planejamento e gestão de políticas públicas que correspondam às reais necessidades evidenciadas pela população brasileira.

Desde a década de 1970, as articulações políticas e sociais fortaleceram-se através do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que reivindica a assistência à saúde como um direito universal dos cidadãos e dever do Estado. Esse movimento contou com ampla participação da sociedade organizada, tendo como marco importante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cuja realização ratifica os alicerces políticos para a aprovação dos princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade do acesso; além das diretrizes de descentralização, regionalização e da participação social, implementando-se as bases jurídicas do SUS (PAIM, 2011; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Ainda segundo os autores, a efetivação de um modelo dessa abrangência se dá mediante a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de políticas, programas e serviços, cuja execução pressupõe o diálogo entre os diferentes níveis de atenção a fim de integrar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A regulamentação do SUS considera uma abordagem ampliada desse conceito, incluindo as determinações sociais do processo saúde-doença vivenciado por sujeitos e coletivos em determinado contexto político, cultural, econômico e social, tendo como base os referenciais do campo da Saúde Coletiva.

Considerando que a realidade da população brasileira é historicamente estruturada em desigualdades sociais profundas, na discriminação étnico-racial e na marginalização da pobreza, o redirecionamento do modelo de assistência resulta em avanços importantes na formulação de políticas públicas pautadas na garantia de direitos dos cidadãos e na responsabilidade do Estado de intervir sobre as condições sanitárias de sua população.

Em consonância com essa lógica, desde 1994 formulou-se a proposta que culmina na incorporação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Fertoni et al (2015) descrevem que através da ESF pretende-se ampliar o foco de atuação para as famílias, incluindo suas relações sociais e condições de vida, reiterando a

abordagem integral e intersetorial pretendida pela assistência. Nesse sentido, a noção de território é fundamental para incluir a compreensão das determinações sociais do processo saúde-doença, identificando-se as barreiras de acesso aos direitos fundamentais para o exercício da cidadania. Dessa forma, a Atenção Básica passa a representar política ordenadora do cuidado, é quem deve acompanhar a população de maneira longitudinal, sendo responsável por facilitar o acesso aos demais serviços da rede, monitorando e integrando as ações de prevenção, promoção e reabilitação.

Lima e Yasui (2014), introduzem um conceito de território que engloba não só a adscrição geográfica da população habitante, mas também as dimensões dos processos sociais, políticos e econômicos. Compreende-se que é através do território que se materializam as relações afetivas, as perspectivas de inserção no mercado de trabalho, relações de consumo, acesso à cultura, saúde e lazer. São esses os fatores que indicam as inscrições dominantes dos modos de vida dos indivíduos e coletivos que dele fazem parte. Nesse sentido, aponta-se que as ações de saúde que incluem a apropriação desses aspectos são de especial relevância para provocar processos de reterritorialização em busca de novos agenciamentos que objetivam aumentar a qualidade de vida da população.

É evidente que o modelo assistencial proposto pelo SUS enfrenta uma série de desafios e dificuldades para sua consolidação. A proposta político-ideológica desse sistema pressupõe o reconhecimento e intervenção sobre as iniquidades, bem como a articulação de políticas intersetoriais de acesso às condições dignas para o exercício da cidadania, fatos que contrapõem os interesses hegemônicos do neoliberalismo. Tendo em vista o cenário de subfinanciamento e de desmonte das políticas de seguridade social, prevalece a tendência de privatização, precarização e fragmentação do acesso aos serviços públicos. Trata-se de um projeto em disputa, cujos conflitos se fazem cotidianamente presentes na perspectiva de planejar, gerir e produzir as tecnologias de saúde (PAIM, 2018; SANTOS, 2018).

No que diz respeito à Política de Saúde Mental, as sucessivas denúncias de violência e maus-tratos nas instituições psiquiátricas, acompanhado da efervescência das mobilizações sociais durante o período de redemocratização, impulsiona a reivindicação pela reformulação da assistência também nesse campo, constituindo-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, contexto e experiências de implementação

Historicamente, a intervenção em saúde mental se deu principalmente sob o viés unilateral da psiquiatria tradicional, que busca definir um conjunto de saberes comprometidos

com a catalogação da sintomatologia associada à manifestação dos denominados transtornos mentais. Essa ciência baseia-se na noção de doença mental como um desvio que deve ser suprimido, curado, a fim de restabelecer o funcionamento normal e adequado para o convívio em sociedade. Aponta-se que essa construção de comportamento desviante encontra-se amplamente ancorada na estigmatização de hábitos, crenças e valores, estabelecendo-se limites abrangentes para definição da noção de normalidade/anormalidade (ENGEL, 1999; ROTELLI, 1990).

Descreve-se, portanto, o fortalecimento de uma instituição que dispõe do poder de estabelecer quais experiências serão consideradas normais e quais serão patológicas, irracionais e até mesmo perigosas, transformando-as em objetos de intervenções alienantes. Faz-se necessário ressaltar a dimensão de poder através do qual se estabelece a relação com a loucura. Visto que, uma vez diagnosticada essa condição, nega-se a subjetividade do indivíduo e a legitimidade de sua existência enquanto sujeito digno. A lógica manicomial aqui referida transcende o campo da Psiquiatria e as paredes das instituições asilares, tratando-se de uma estrutura construída socialmente e justificada por inúmeros setores da ciência e da sociedade. Amarante e Torre (2001), resumem que:

A história da loucura nos séculos XVIII e XIX é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de alienação e, mais tarde, de doença mental. Esse processo tem seu significado vinculado à criação de um novo modelo de homem ou de um novo sujeito na modernidade. Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da idéia de indivíduo e se concretiza na consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano, pautado na racionalidade científica que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. Fazendo emergir um pensamento mecanicista, baseado nos princípios de causalidade e previsibilidade, esta racionalidade permite o surgimento de um sujeito da Razão. A loucura se torna seu contraponto: é capturada como sujeito da desrazão.

No Brasil, assistiu-se à intensificação da participação da psiquiatria nas diretrizes de saneamento e reorganização do espaço urbano justificado pelos ideais da higiene mental e pelas teorias das degenerescências, revelando suas características eugenistas com referências explícitas à suposta superioridade genética, intelectual e cultural do homem branco burguês. Sobre isso, aponta-se a presença maciça da população negra nas instituições asilares, identificando-se o racismo científico como argumento para justificar mecanismos de

manutenção da discriminação, exclusão e controle dessa população, ignorando-se as iniquidades produzidas por séculos de escravidão (DAVID, 2018; ROSA, 2016).

Após o golpe militar de 1964, ocorreu uma expansão significativa do investimento em leitos de internação em hospitais psiquiátricos. Destaca-se que cerca de 80% dessas internações se deram mediante a contratação de serviços privados conveniados ao SUS, cujo modelo de repasse financeiro favorece a multiplicação indiscriminada dessa oferta, produzindo o que se convencionou chamar indústria da loucura. Tendo em vista o objetivo de obtenção de lucro, o que se verifica é a superlotação dessas instituições, e conseqüentemente, um processo de precarização, negligência e abandono de seus internos, além da naturalização das práticas de violência (ROSA, 2016).

A partir de meados do século XX, há uma expansão importante do pensamento crítico que contesta a hegemonia da epistemologia da psiquiatria de base orgânica, colocando-se em questão as funções sociais desempenhadas pelos sanatórios, manicômios e hospitais psiquiátricos. A falência do modelo centrado nas internações prolongadas por tempo indeterminado, é evidenciada por sua natureza excludente e violenta aos direitos humanos, denunciando a função de controle social de determinadas populações. A pauta pela reformulação da assistência em saúde mental, implica também na luta por uma compreensão de sujeito e de mundo que extrapola os imperativos da lógica médico-hegemônica, do sistema privado e da política neoliberal.

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica é caracterizada por um conjunto de ações políticas e técnico-assistenciais que reivindicam o redirecionamento da assistência hospitalocêntrica para o Modelo de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, só pode ser compreendido na sua relação estrita com a Reforma Sanitária, compartilhando de seus ideais ético-políticos e espaços de mobilização social. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) assume especial relevância nessa disputa, reunindo associações de familiares, trabalhadores e pacientes na luta por direitos, por cuidado digno e em liberdade (ROSA, 2016).

Segundo a autora, o ano de 1987 marca um momento histórico importante, realizando-se a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A partir da realização desses eventos, afirma-se o compromisso com um projeto de sociedade emancipatório, livre de seus manicômios e estruturas de opressão, expandindo-se as bases para o Movimento pela Luta Antimanicomial, que institui o dia 18 de maio como o dia nacional dessa luta.

No interior desse processo, sucedem uma série de experiências de cuidado de base comunitária que contribuem para o avanço dessa discussão no território nacional. Ainda em 1987, fundou-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo, o CAPS Prof. Luis Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva. Em 1989, o fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, e o surgimento dos Núcleos de Atenção Psicossocial na cidade de Santos, revelam caminhos possíveis para a efetivação de um novo paradigma técnico-assistencial no âmbito do SUS, cuja aprovação se dá no ano seguinte (BRASÍLIA, 2005).

Em termos da legislação, a promulgação da Lei 10.216/2001 se deu após 12 anos de tramitação, havendo alterações significativas em relação ao projeto apresentado originalmente. Ainda que essas modificações impliquem em lacunas importantes para a efetivação da Reforma, suas disposições asseguram a proteção e os direitos das pessoas que convivem com transtornos mentais e redefine o modelo, privilegiando a assistência integral e em serviços comunitários. Considerando essa lei e a portaria 336/2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, ocorrem avanços importantes na formulação de políticas públicas voltadas para essa população, ampliando-se as diretrizes de atuação referenciadas pela Atenção Psicossocial (BRASÍLIA, 2005; BRASIL, 2001).

O redirecionamento para o Modelo de Atenção Psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica, compartilha dos princípios éticos da Saúde Coletiva, pautando-se na defesa do cuidado de base territorial e em liberdade. Assume, portanto, o desafio de superar a lógica manicomial característica dos Hospitais Psiquiátricos, Comunidades Terapêuticas e demais instituições totais. Seu papel substitutivo envolve a capacidade de prestar a assistência necessária ao sofrimento psíquico leve, moderado e grave, evitando medidas de institucionalização prolongadas.

Essa proposta pressupõe a reconstrução do lugar social da loucura, promovendo perspectivas de tratamento pela via da inserção no convívio familiar, social e comunitário. Procura ir além da definição estigmatizante de doença, em vias da produção de novos agenciamentos de sociabilidade e no investimento da autonomia de sujeitos, superando a posição de objetos de um saber. Dessa maneira, o Modelo de Atenção Psicossocial consolida-se como principal linha de atuação para a substituição das internações em hospitais psiquiátricos, ampliando o suporte para apostar em outras respostas para o manejo do sofrimento psíquico, principalmente nas suas manifestações de crises mais graves (COSTA-ROSA, 2000; AMARANTE, 2009).

Amarante e Torre (2001), apontam a pertinência do deslocamento de concepção de sujeito e de clínica que orientam esse modelo:

Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de tomada de responsabilidade individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. O trajeto que compreende da saída da condição de sujeito, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (Amarante e Torre, 2001, p. 81).

Costa-Rosa (2000) escreve ainda que a clínica não deve ser executada pelo viés do especialista, nem como ação prescritiva comum ao padrão queixa-conduta, o que não significa negar as necessidades individuais e específicas decorrentes do processo de adoecimento. Mais uma vez, o que está em questão é o reconhecimento e responsabilização sobre a complexidade de determinações implicadas nos atos de produzir saúde, sendo imprescindível a composição de equipes multiprofissionais que articulem um projeto terapêutico singular ampliado, estabelecendo parcerias com políticas intersetoriais de cultura, educação, transporte e geração de renda, entre inúmeras outras.

A sistematização de uma linha de cuidado articulada com essas estratégias trabalha com entendimento de que a experiência do adoecimento psíquico convoca elementos que vão para além da noção de cura. Refere um fenômeno da experiência humana e dos processos de vida, que devem ser abordados a partir da elaboração de sentido para esses acontecimentos, conferindo-lhes destinos que falam a favor da autonomia dos sujeitos e do respeito à alteridade. Na literatura, essa perspectiva de organização do cuidado tem sido denominada de *recovery* e confere legitimidade às práticas que visam a garantia de direitos, o exercício da cidadania e a promoção de espaços que aumentem o poder de contratualidade dos usuários, responsabilizando o sistema pela defesa da vida individual e coletiva (RICCI, 2017)

3.1 A Rede de Atenção Psicossocial e o papel dos serviços especializados

A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da portaria 3.088/2011, reúne uma série de legislações vigentes a fim de organizar as diretrizes para o

atendimento da população em sofrimento mental, incluindo-se as necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas. Para cumprir com essa tarefa, essa rede é formada pelos componentes: da atenção básica, incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a equipe de Consultório na Rua e os Centros de Convivência; da atenção especializada, representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades; da atenção de urgência/emergência, sendo o SAMU e Unidades de Pronto Atendimento; da atenção hospitalar, que inclui as internações em enfermarias psiquiátricas de Hospital Geral e ainda da atenção residencial de caráter transitório e de estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2011).

Os CAPS assumem papel central na consolidação do projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na articulação da linha de cuidado dos sujeitos que convivem com o sofrimento mental grave e persistente nas suas mais variadas formas. É função desses serviços fomentar estratégias de prevenção e atenção à crise em saúde mental no território, de forma que cumprem papel importante para o estabelecimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde mental (Brasília, 2005). O papel substitutivo da RAPS envolve, portanto, a capacidade de prestar a assistência necessária ao sofrimento psíquico leve, moderado e grave, principalmente durante as situações de crise vivenciadas pelos usuários, e a partir dos recursos de base territorial, evitando sua institucionalização. Trata-se da missão de evidenciar o território geográfico e existencial dos usuários para construir estratégias de cuidado compatíveis com a sua realidade.

Nesse ponto, por uma série de razões, observa-se que os serviços especializados correm o risco de centralizar as práticas de assistência para a população em sofrimento psíquico grave. Esse fenômeno é descrito pelos autores como a “capsização” do cuidado e expressa uma certa tendência de institucionalização e enrijecimento das práticas no cotidiano dos serviços. Versa sobre a manutenção de uma lógica manicomial no interior da organização do CAPS e sobre o risco de promover a exclusão e cronificação em detrimento de dispositivos e ações territoriais, na ampliação da autonomia e articulação da rede de cuidado.

A política prevê a implementação de diferentes tipos de CAPS, sendo eles nas modalidades I, II ou III, no que corresponde à complexidade de sua estrutura, disposição de recursos e número de habitantes no território adscrito. Há ainda as modalidades voltadas exclusivamente ao público adulto, infanto-juvenil (CAPS IJ) ou à população que faz uso abusivo de drogas (CAPS AD). Os CAPS III são os únicos que oferecem funcionamento em tempo integral, incluindo feriados e finais de semana, a fim de garantir a assistência diária e o

acolhimento noturno para o acompanhamento intensivo em momentos de crise (BRASIL, 2002).

Nessa linha, o CAPS AD III é o ponto de atenção da RAPS destinado a viabilizar a atenção integral e contínua de usuários com necessidades relacionadas ao consumo abusivo de substâncias. Constitui serviço aberto, de base comunitária e territorial, que deve ser referência para o cuidado e proteção de usuários e familiares em situações de maior gravidade. Para isso conta com plantões de acolhimento diário e até 12 leitos para acolhimento noturno; com os atendimentos individuais e grupais, consultas gerais e especializadas; visitas e atendimentos domiciliares; oferta de medicação assistida e dispensada; reabilitação e suporte psicossocial, entre outras.

De acordo com a Portaria Nº 130/2012, o acesso ao acolhimento noturno se dá a partir de avaliações de critérios clínicos, principalmente para a desintoxicação, e critérios psicossociais, em situações que necessitem observação, repouso e proteção, manejo de conflitos, dentre outras. O funcionamento desse serviço inclui a oferta de tecnologias de baixa exigência de maneira a construir projetos terapêuticos compatíveis com as demandas específicas de cada indivíduo e comprometidos com a ampliação da sua rede de cuidado e promoção de qualidade de vida. Alguns exemplos são a oferta de alimentação, de insumos de proteção e até mesmo a permanência intensiva no espaço do serviço, tendo em vista a constituição de espaços de convívio e sociabilidade como atos produtores de saúde (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que a temática das drogas, apesar de prática milenar e comum aos hábitos das sociedades, encontra-se capturada pela lógica proibicionista que defende uma abordagem moral, estigmatizante e punitivista em relação ao uso de substâncias, principalmente as tornadas ilícitas. O protagonismo dessas leituras incide diretamente sobre a organização de respostas sociais e políticas oferecidas a essa questão, prevalecendo aquelas que objetivam a abstinência e a repressão violenta aos usuários e comerciantes. Ao pautar a abstenção do consumo como única condição possível para a saúde, e, considerando os estigmas impostos aos usuários de drogas, verifica-se, no cenário nacional, a retomada de respostas asilares, excludentes e alienantes através das internações compulsórias em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Em contrapartida, a perspectiva da Redução de Danos reúne estratégias e ações que visam diminuir os riscos e agravos de determinados hábitos e comportamentos para a saúde de indivíduos e coletivos. Quanto ao uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, essa abordagem tem como princípio reconhecer a singularidade do usuário e construir com cada um

deles as possibilidades de ampliação e defesa de sua qualidade de vida. A Redução de Danos pode ser vista como uma direção de tratamento que tem como finalidade aumentar o grau de liberdade e de co-responsabilidade daquele que busca assistência em saúde. Da mesma forma, implica na realização de acolhimento e estabelecimento de vínculo com os profissionais, que, por sua vez, também devem se responsabilizar pelos itinerários de cuidado e pelas vidas que neles se expressam (BRASIL, 2015).

A mudança de modelo pretendida pelo SUS trabalha com a indissociabilidade entre a gestão e a atenção, de maneira que a organização do processo de trabalho para atender as necessidades dos cidadãos indica os instrumentos que serão utilizados para as ações de produção de saúde no cotidiano das unidades. É necessário, portanto, estabelecer diretrizes específicas que auxiliem a traduzir os princípios desse sistema no funcionamento dos equipamentos, nas ofertas clínicas e nas relações entre os diferentes sujeitos que compõem a rede assistencial.

4. Dispositivos da Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH), se dá justamente em função da necessidade de fortalecer mecanismos de comunicação entre os usuários, trabalhadores e gestores a fim de consolidar as redes, os vínculos e a corresponsabilização pelas práticas de cuidado. Por humanização entende-se a valorização da autonomia e diversidade dos sujeitos, buscando enfrentar as relações de poder evidenciadas nos contextos acima descritos e diminuir a influência da lógica privada e alienante na direção da assistência. A implementação dessa política pressupõe uma série de eixos de atuação a fim de difundir a apropriação e a transversalidade de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2009, 2010).

(...) além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabete, câncer, etc., o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida (Campos, 2007),

Uma marca importante desses eixos é o destaque conferido ao aspecto subjetivo que se faz presente no cotidiano das relações sociais e na organização do processo de trabalho. A

valorização da singularidade dos sujeitos e coletivos, e o estabelecimento de vínculos longitudinais entre os usuários, trabalhadores e os equipamentos, deve fomentar o papel ativo dos atores envolvidos na produção de saúde. Dentre as diretrizes e dispositivos gerais dessa política, destaca-se a inclusão da cogestão, a defesa dos direitos dos usuários, a postura do acolhimento, a valorização da organização do processo de trabalho, das articulações de redes intersetoriais, bem como a reafirmação da máxima da atuação pelos princípios da clínica ampliada e compartilhada.

Merhy (2003, 2014) descreve a falência dos atendimentos mediados exclusivamente pela leitura das tecnologias duras representadas pela matéria dos exames, protocolos, testes, medidas prescritivas e diagnósticos, em detrimento do trabalho vivo, que deve incluir tais tecnologias duras, mas desloca o protagonismo para a dimensão das tecnologias relacionais ou leves, baseadas no acolhimento dos contextos singulares, implicadas com as intervenções ampliadas, multidisciplinares e compatíveis com a realidade vivenciada pela população atendida. Há ainda as tecnologias leve-duras, que dizem sobre os saberes estruturados, o arcabouço teórico-científico e a epistemologia que sustenta a perspectiva de atuação.

O conceito de Clínica Ampliada, é fundamental para a construção de ferramentas que viabilizam a transversalidade entre os diferentes campos de conhecimento e níveis de atenção a fim de superar a tendência de fragmentação. O exercício dessa clínica pretende concretizar o compromisso com o desenvolvimento de ações integrais que reconheçam as multideterminações das demandas e da situação de saúde dos indivíduos e coletivos, convidando os profissionais a estender o olhar sobre a complexidade das responsabilidades assumidas pelos serviços de saúde a fim de aprimorar os arranjos e dispositivos vigentes na política.

Desempenhá-la no nível da atenção, significa atentar-se para uma posição de escuta qualificada e acolhedora para com a demandas dos usuários, estabelecendo uma linha de cuidado preparada para absorver as diversidades, avaliar riscos e assegurar a qualidade do acompanhamento necessário. Trata-se da tarefa de reconhecer os recursos dos sujeitos, seus interesses e atribuições de sentido ao processo de saúde e adoecimento, apostando no diálogo, no compartilhamento de informações e no fortalecimento do vínculo como ações estratégicas e operadoras do cuidado integral.

Para tanto, faz-se necessário garantir a inclusão de espaços coletivos de discussão legitimando-os como metodologia central para organização do processo de trabalho das unidades. A organização de equipes de referência para o território e a realização de reuniões entre essas equipes, os dispositivos do apoio matricial, bem como outras reuniões temáticas

das redes assistenciais, representam oportunidades de fomentar o encontro e a troca entre os diferentes núcleos de saberes no desenvolvimento de avaliações, fluxos e intervenções. Pretende-se com isso aumentar o coeficiente de corresponsabilização na produção do cuidado, oferecendo suporte teórico prático aos trabalhadores para qualificar a resolutividade da atenção (BRASIL, 2010b).

Campos (2007) aponta se tratar da urgência pelo resgate da característica artesanal da gestão dos casos clínicos, algo que se pretende recuperar com a articulação do Projeto Terapêutico Singular. O PTS é um instrumento que reúne propostas e condutas terapêuticas que valorizam a centralidade do processo de saúde-adoecimento vivido por cada usuário, família ou coletivo. Ou seja, depende do estabelecimento de relações que contemplem realidades específicas e subjetividades particulares, entendendo-se que cada pessoa lançará mão de diferentes estratégias para lidar com as questões e necessidades de saúde. É certo que esse dispositivo adquire contornos específicos em cada nível de atenção, levando em consideração os objetivos da instituição, os recursos tecnológicos e humanos disponíveis, dentre inúmeras outras características.

As etapas de formulação do PTS se iniciam com a disposição para o acolhimento do usuário na unidade, em que se procura entender a história de vida e o contexto em que a demanda se apresenta, e fortalecer o vínculo entre o sujeito e a equipe de cuidado. Tem-se a tarefa de estabelecer hipóteses e avaliações biopsicossociais, reconhecendo os fatores de vulnerabilidade, o acesso a direitos básicos, e as potências e movimentos de produção de vida. É importante reunir elementos para compreender a singularidade com que o sujeito aborda os conflitos e relações, bem como os sentidos atribuídos à situação de saúde e as perspectivas de acompanhamento e tratamento (BRASIL, 2010a).

O PTS também deve atribuir objetivos de curto, médio e longo prazo, definindo as responsabilidades dos diferentes atores da rede de cuidado. Essas tarefas são transversais à formulação acima referida, preveem o monitoramento dos efeitos produzidos pela condução do caso e a reavaliação periódica das circunstâncias e das considerações sobre as ofertas clínicas. Portanto, as reuniões de equipe, as consultas compartilhadas, o apoio matricial e outros espaços coletivos já mencionados, são ferramentas importantes para a efetivação da atenção integral e da resolutividade almejada pelas redes de assistência (BRASIL, 2010a, 2010b).

Dessa maneira, a sustentação institucional de espaços de suporte teórico-prático para que os profissionais atuem sob essa lógica se fazem essenciais. Exige investimentos em processos de educação permanente, garantia de financiamento, a participação em espaços de controle social e mobilização política que incentivem a efetivação desse modelo. A descrição

a seguir se faz em função de destacar os caminhos possíveis para uma experiência de cuidado norteada pelos conceitos e dispositivos da clínica ampliada.

5. Dimensão da prática: retratos de uma experiência de formação

A partir dos referenciais colocados, retoma-se a dimensão da formação através da prática ofertada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental a fim de descrever as tecnologias de cuidado e organização do processo de trabalho vivenciadas ao longo desse processo. As unidades escolhidas para atuação longitudinal foram um CAPS AD III e um Centro de Saúde. Essa divisão se faz de acordo com a proposta de privilegiar a imersão nas questões de um mesmo serviço ao longo de cada ano letivo.

Esse relato pretende destacar a vivência de tecnologias relacionais de cuidado como dispositivos operadores da assistência integral e da formação alinhada com a Clínica Ampliada. Nesse sentido, optou-se por não incluir a experiência na Enfermaria de Psiquiatria devido à curta duração mencionada. Já a experiência no Centro de Saúde, apesar de longitudinal, não será contemplada por esse relato. Isso se deve ao destaque aqui pretendido, visto que a experiência na atenção básica se deu mais em função da necessidade de incluir as tecnologias relacionais no cotidiano de trabalho do que a sua experiência em ato.

Para tanto foram escolhidos recortes referentes ao processo de atuação em uma equipe de um CAPS AD III, tratando especificamente da inserção em um Projeto Terapêutico Singular de um caso acompanhado nesse serviço. A escolha pela narrativa das experiências nesse serviço também se justifica pela sua função estratégica para impulsionar saberes e práticas que coadunam com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São vários os recortes possíveis para abordar a minha participação neste caso. Tendo em vista o objetivo de discutir as tecnologias relacionais como operadoras da perspectiva de cuidado integral e da formação a partir da clínica ampliada terá como foco essa dimensão.

Aponta-se também que foi possível permanecer vinculada ao serviço do CAPS AD ao longo dos dois anos do Programa de Residência. Isso, pois houve uma avaliação clínica coletiva acerca da coerência da continuidade nesse PTS, tendo em vista a potência do vínculo e da relação terapêutica para a ampliação da autonomia no cuidado. Somados a esses fatores, os balizadores do Itinerário de Formação foram essenciais para compreender essa proposta, permitindo-se aprofundar nas questões pertinentes a esse recorte de vivência da clínica no território, articular a rede de cuidado a partir de equipes multiprofissionais, colocando em ação

uma série de tecnologias relacionais comuns a Clínica Ampliada proposta pelo modelo de Atenção Psicossocial.

Prevê-se que a trajetória dos residentes no serviço contemple a participação no que se denominou “cesta básica” da Residência. Quer dizer, o projeto político pedagógico desse programa estabelece como prioridade que a formação se dê através da perspectiva da clínica ampliada e compartilhada, conceitos que devem balizar os itinerários dos alunos ao longo do ano. Nesse sentido, os residentes devem assumir funções comuns ao campo da Atenção Psicossocial, como a participação nos turnos de plantão, nas reuniões de equipe, matriciamento, discussões de caso, atendimentos grupais, individuais e compartilhados, espaços de controle social, bem como desempenhar competências particulares aos seus núcleos de formação, compondo a construção do PTS dos usuários.

No geral, a atuação nas diferentes instituições contempla um momento inicial de familiarização com a equipe profissional e com as diferentes práticas de cuidado oferecidas pelas unidades. A inserção se dá mediante a condição de profissional em formação, que junto a equipe de referência, ficará responsável pela articulação da rede de cuidado da população do território adscrito. Conta-se ainda com a figura do preceptor, que deve desempenhar a função de suporte formativo para a prática clínica no cotidiano de trabalho. Dessa maneira, ocorre um investimento para que os residentes experimentem ações longitudinais de construção do cuidado em saúde mental, potencializando a dimensão da relação entre os diferentes atores envolvidos.

Além desses, há os dispositivos comuns à estrutura do Programa de Residência, sendo eles a supervisão coletiva semanal, seminário clínico (discussões de casos e/ou situações institucionais vivenciadas na prática), plantões individuais com os supervisores, bem como espaços de controle social que abordam a configuração da proposta desse processo de educação em saúde como um todo, a fim de promover a cogestão do processo de trabalho. Entende-se que através desses dispositivos é possível fomentar estratégias de intervenção que evidenciam a transversalidade entre planejamento, gestão institucional e a prática assistencial.

Dadas as diretrizes, a entrada no CAPS AD contemplou a inserção em uma miniequipe e mais especificamente, a composição junto aos profissionais de referência para duas Unidades Básicas de Saúde adscritas. Devido a incompatibilidade de horários, foi possível participar de matriciamento em somente uma delas, havendo possibilidade de trocas com diferentes atores da equipe de saúde da família. Destaca-se também a experiência das visitas domiciliares, da discussão entre políticas intersetoriais, articulação de rede, assembleia de usuários e trabalhadores do serviço, bem como do dispositivo da convivência e das ações de Redução de

Danos. A descrição do caso a seguir pretende uma breve contextualização da história de vida, apresentando alguns conflitos centrais para a compreensão da construção do PTS em questão.

5.1 Apresentação do caso: história de vida

L. é uma mulher negra de 46 anos nascida no estado de São Paulo e acompanhada pelo CAPS AD III desde o ano de 2013. Desde a infância, sua história de vida é atravessada por uma série de conflitos, perdas e rupturas nos laços familiares e afetivos. Após o falecimento de seus pais e devido a situação de vulnerabilidade vivenciada pela família estendida, foi acolhida em um abrigo, circunstância em que foi separada de seus irmãos. Foi vítima de uma série de episódios de violências cometidas pela instituição, demonstra sofrimento intenso, tendo realizado tentativa de suicídio aos 8 anos de idade.

Permaneceu no abrigo até meados da adolescência e desde então seguiu vivenciando vulnerabilidade importante no que diz respeito à situação de moradia. Conviveu com diferentes familiares, âmbito no qual também sofreu violências significativas. Casou-se com um homem aos 17 anos e teve 3 filhos. O casamento e a maternidade representam relações igualmente marcadas por conflitos, de maneira que o uso abusivo de bebida alcoólica passa a representar um recurso importante para enfrentar angústias, dificuldades e inquietações. Evidencia-se um processo depressivo grave, havendo nova tentativa de suicídio em 2007.

Em função desse episódio, foi internada compulsoriamente em hospital psiquiátrico e considerada temporariamente incapaz de exercer os atos da vida civil de forma livre e consciente. Além disso, foi concedida medida protetiva que a impediu de se aproximar da família e, conseqüentemente, de retornar para casa. Uma vez de alta, fica em situação de rua, sendo posteriormente acolhida em uma casa de passagem a partir da qual consegue um emprego. Ainda nesse período, levando em consideração as dificuldades enfrentadas, opta por não retornar para o convívio familiar, fato que aborda com muitos sentimentos de culpa, embora mantenha contato através de ligações e visitas esporádicas ao longo dos anos.

Diante do sofrimento, intensificou o uso de bebida alcoólica e retornou para situação de rua, permanecendo na região do centro. Na rua, também vivenciou inúmeros episódios de violência, envolvendo-se em inúmeras brigas, agredindo e sendo agredida com brutalidade. Compreende-se que o uso de bebida, o território e as relações que fazem parte desse consumo representam recursos a que recorre para encontrar refúgio e acolhimento para suas angústias, refletir e também despir-se das expectativas e responsabilidades da vida cotidiana.

É uma figura bastante conhecida na região, tendo estabelecido vínculos com serviços como o Consultório na Rua e outros da política de Assistência Social. Em circunstância em que apresentava quadro de intoxicação por uso de bebida alcoólica, foi encaminhada ao CAPS AD. Com o tempo, avalia-se que a usuária convive com um quadro de depressão com sintomas ansiosos e psicóticos associados, além de questões respiratórias, endócrinas e cardiovasculares, cujas manifestações impactam significativamente na sua qualidade de vida e realização das atividades diárias.

Entende-se que a relação estabelecida com a bebida alcoólica produz impactos significativos para a saúde, havendo desorganização psíquica importante quando em uso mais intenso. De início, relata-se uma dificuldade importante na construção do vínculo e manejo com a usuária, que comparece frequentemente bastante alcoolizada, com autocuidado prejudicado, pensamento agitado, e sustentando postura imediatista e agressiva. O manejo de suas crises envolve, muitas vezes, a inserção no dispositivo de leito noite. Com o fortalecimento do vínculo, o CAPS passa a ser reconhecido como um espaço de cuidado, convivência e sociabilidade, estabelecendo-se relações de confiança com os profissionais e usuários.

Nos anos seguintes ao seu acolhimento no serviço, ocorrem tentativas de inserção no mercado de trabalho informal, no que diz respeito à renda, conta-se também com o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), fato que contribui para a ampliação da rede de suporte da usuária. Da mesma forma, ocorrem tentativas de inserção e permanência em abrigos temporários e pensões, prevalecendo os períodos em que fica em situação de rua. Diante da vulnerabilidade da situação de saúde e qualidade de vida, apresentou complicações clínicas graves, avaliando-se a pertinência da inserção em Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Atualmente, as crises que têm suportado dizem justamente sobre o processo de adaptação à moradia e a ambivalência entre o desejo de habitar uma residência e o de retornar para situação de rua. Conta sentir fissura intensa pelo uso de álcool, fica ansiosa e eufórica com o desejo de fazer uso, relação que também é marcada pelas emoções mobilizadas pelas datas comemorativas, processos de luto e rupturas com figuras afetivas. A partir desse breve relato, apontam-se algumas contribuições a respeito da elaboração desse PTS.

5.2 Projeto Terapêutico Singular, objetivos e dispositivos para efetivação

O contexto da minha chegada como Psicóloga Residente na unidade coincide com o momento em que a usuária enfrentava períodos de crises e encontrava-se constantemente inserida em leito noite ou contemplada pela proposta de permanência intensiva no serviço. Além do trabalho em relação aos modos de morar estabelecidos por L., seu PTS mantém em

perspectiva, principalmente, o acesso integral a cuidados em saúde, a questão da inserção no mercado de trabalho e desempenho de uma função social, gestão da renda, bem como a relação com os familiares e com a maternidade.

Cabe ressaltar que o CAPS AD não conta com SRT vinculadas às equipes desse serviço. Essa responsabilidade é assumida pelos CAPS Adulto III do município e a avaliação de inserção dos usuários se dá mediante discussões de caso realizadas junto aos gestores, trabalhadores e apoiadores do Distrito de saúde em questão. Portanto, fica estabelecido que a responsabilização pelo cuidado intensivo dessa usuária será compartilhada entre as equipes das duas unidades a fim de promover a integração entre os PTS de cada sujeito e as questões relativas à convivência coletiva na casa.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos caracterizam moradias destinadas a pessoas com sofrimento grave e persistente tendo em vista o processo de desinstitucionalização de pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos. Trata-se de um espaço que deve garantir suporte clínico e reabilitação psicossocial a fim de resgatar a cidadania e os laços sociais e afetivos dos sujeitos. Configura-se como um dispositivo que reconhece o direito à habitação como determinante fundamental do processo saúde-doença e, por vezes, ponto de partida para promover autonomia e integração ao convívio social. O suporte oferecido aos moradores deve incluir a dimensão subjetiva da noção de moradia, trabalhando-se as diferentes apropriações dos modos de habitar e compartilhar o espaço (FURTADO ET AL, 2013).

Atualmente L. conta com duas profissionais de referência do CAPS AD, um médico psiquiatra, com o acompanhamento periódico no Centro de Saúde e também com a equipe de referência para o serviço residencial do CAPS Adulto III, responsável por acompanhar processos singulares e coletivos na moradia. Encontra-se em processo de psicoterapia individual há alguns anos, além de contar com a oferta de atendimentos espontâneos e relações terapêuticas com os demais trabalhadores e, posteriormente, dos encontros comigo. Na emergência da pandemia de covid-19 a circulação territorial fica bastante empobrecida, havendo ampliação gradual de acordo com os indicadores epidemiológicos e sanitários.

Tendo em vista a permanência intensiva da usuária no serviço, a construção do vínculo e conseqüentemente a minha inserção como terapeuta se dá a partir do dispositivo da ambiência, que implica na disposição para o ato de conviver com os usuários. Através desse processo de trocas e da disposição para o encontro, foi possível acessar em ato as particularidades do funcionamento da usuária diante dos modos de vida, e acompanhar seus movimentos e processos diante das questões cotidianas, conferindo-lhes novos destinos a partir das intervenções terapêuticas. Nesse sentido, essa relação passa a se dar no âmbito de estar ao

lado para escutar e construir caminhos possíveis para vivenciar conflitos, acessar demandas e lidar com os afetos que emergem das relações.

O conceito de ambiência também encontra respaldo na PNH e constitui dispositivo bastante comum ao campo da saúde mental. Abrange a ideia de que as estruturas físicas, sociais e relacionais do serviço devem representar ferramentas facilitadoras do trabalho em saúde, visando a construção de um espaço acolhedor, em que emergem trocas e encontros entre os sujeitos. Ou seja, reitera o componente do vínculo, da atenção e escuta qualificada oferecida ao usuário, instigando a capacidade de ação e reflexão sobre o processo de saúde e adoecimento em vias da produção de novas redes de suporte e da promoção de qualidade de vida (BRASIL, 2010b).

Compreender as particularidades do momento vivenciado no caso, convocou a necessidade de estreitamento dos vínculos terapêuticos e da utilização de inúmeros dispositivos de cuidado. Por se tratar de um caso grave e acompanhado de maneira intensiva, contou-se com inúmeras inserções em leito noite, com a permanência diária no serviço, a realização de visitas domiciliares, e o dispositivo do acompanhamento terapêutico. O dispositivo do acompanhamento terapêutico se dá no contato corpo a corpo com o emaranhado de relações cotidianas, vivenciando em ato os espaços e as temporalidades, as linhas de fuga e as potencialidades diante dos conflitos. Através desse dispositivo privilegia-se a construção clínica pelos territórios e pela inclusão de processos de subjetivação que ofereçam suporte para ampliar o exercício da autonomia (PALOMBINI ET AL, 2019).

A articulação desse PTS envolveu uma série de espaços de discussão entre as equipes dos serviços de modo a produzir sustentação institucional para a ampliação dos recursos para suportar as angústias nos períodos de crises mais intensas, tanto no que diz respeito ao processo singular da usuária, quanto ao manejo promovido pela equipe de cuidado. Os momentos de crise evidenciam os conflitos implicados no processo de reconhecer o SRT como um espaço para estabelecer um lar, sendo atravessadas pelas responsabilidades, expectativas e sentidos atribuídos a esse espaço. Também conta sentir fissura intensa pelo uso de álcool, fica ansiosa e eufórica com o desejo de fazer uso, reafirmando se tratar de um recurso importante para lidar com os sentimentos.

Apesar da palavra crise remeter a uma série de atribuições, esse conceito foi capturado pela tradição biomédica como um aspecto prejudicial que agudiza a sintomatologia clínica ou psiquiátrica, cujos efeitos devem ser prontamente suprimidos a fim de estabilização imediata do quadro. No paradigma do modelo de Atenção Psicossocial, pretende-se contemplar uma experiência de crise a partir dos vínculos afetivos, da valorização da história individual e da

produção de recursos para a sustentação das experiências de ruptura, aumentando o coeficiente de autonomia dos sujeitos no enfrentamento de conflitos (DIAS, FERIGATO, FERNANDES, 2020; FERIGATO, ONOCKO-CAMPOS, BALLARIN, 2007).

A partir desses vínculos e do suporte clínico da equipe de referência, entende-se a pertinência de ampliação dos recursos de sustentação para o manejo das crises, havendo um investimento importante para a construção da familiaridade com os territórios existenciais e geográficos que se fazem presentes nesse momento. Como parte da aposta da construção de sua relação com a nova casa, foi pactuado que L. não faria parte da rotina comum aos demais moradores da SRT, pois preferiu ficar responsável por comprar seus próprios mantimentos e cozinhar as refeições diárias. Através dessa organização, permite-se com que mantenha maior grau de autonomia e flexibilidade na utilização de seu BPC e na organização de sua rotina, o que não a impede de acessar os recursos da casa, se assim desejar.

Um elemento central dessa relação se dá no âmbito da elaboração de estratégias para gerir os recursos financeiros e conseqüentemente para acessar aos bens de consumo que necessita para o dia a dia. Trata-se de uma construção realizada junto a usuária, que solicitou por esse suporte para manejar o dinheiro que recebe a fim de garantir as condições necessárias para habitar o espaço. Nosso vínculo se fortaleceu a partir dessa disposição para facilitar o acesso ao uso do cartão do banco e de acompanhá-la em alguns desses percursos aos comércios e afins. No início da pandemia, L. tende a sair de casa somente para ir ao CAPS, onde permanecia por longos períodos, e para comprar mantimentos.

Parte desse processo terapêutico envolve a construção de que mantenha uma quantia de dinheiro em espécie sob sua posse a fim de preservar sua autonomia, ato que tem dificuldade para concretizar. Afirma temer utilizá-lo para fazer uso de álcool e insiste em justificar as razões pela qual precisa manter algum valor específico, estabelecendo relação ambivalente com a expectativa pela abstinência. Intervenho no sentido de sinalizar que não estou ali para ocupar a função de controle, que tem legitimidade para decidir sobre o uso de seu próprio dinheiro, mas que permaneço a disposição para pensarmos em estratégias que sejam compatíveis com seus desejos, medos e angústias.

L. tem acuidade visual diminuída, e logo nas primeiras saídas, percebo-a insegura e ansiosa em relação ao manuseio das funções das máquinas do caixa eletrônico. Tem dificuldade de decorar as senhas e sempre insiste para que eu aperte os botões em seu lugar. Percebo que a dificuldade não se dá somente em razão da acuidade da visão ou pelo estranhamento para com a tecnologia, mas por se tratar de uma posição inédita que ocupa, diante de um mercado que não costumava frequentar, de uma máquina que não é a com que está acostumada e pessoas

que lhe aceleram atrás da fila. Aos poucos, L. demonstra que se sente mais confortável diante dos caminhos conhecidos, de forma que me coloco ao lado para a construção dessa familiaridade com a casa, com o mercado e com seu cotidiano naquele território.

Tendo em vista os novos agenciamentos produzidos pela mudança de moradia, pelo investimento na ampliação da autonomia e a sustentação proporcionada pelas relações terapêuticas, foi possível vivenciar o território em que permanecia em uso e em situação de rua a partir da condição de uma circulação passageira, produzindo novos registros para a presença no espaço. Aos poucos, nossos encontros passaram a ser marcados pelo desejo de ocupar essa região da cidade para acessar parques e museus, comércios, serviços e outros bens de consumo. Fui apresentada à região através dos olhares e memórias de L., que me contou cenas vívidas daquele território, das marcas das violências sofridas e das pessoas com quem conviveu, ao mesmo tempo que estabelece novos registros nesses espaços.

Em determinado encontro, foi reconhecida por alguns frequentadores da região, que trocam algumas palavras apresentando surpresa com a forma organizada com que se faz presente naquele momento. Consciente de que muitos de seus companheiros ainda enfrentam as dificuldades de habitar a rua, conta sentir-se culpada por abandoná-los, por ter uma casa para morar e uma rede de apoio a quem recorrer. Ao longo desse período, retornou algumas vezes para o território de uso e antiga moradia, afirmando o desejo de permanecer por lá indefinidamente. Nesses momentos, se refere àquele espaço como um ambiente de refúgio, de elaboração das angústias, de uma sociabilidade comum e, especialmente, livre das expectativas e responsabilidades assumidas diante da casa e de suas relações afetivas e terapêuticas.

A primeira vez que retornou para o território de uso e optou por permanecer na rua, mobilizou um investimento importante por parte da equipe para que fosse acolhida em leito noite. Nos atendimentos, abordou não ter conseguido vivenciar a experiência da forma que gostaria, reconhecendo as transformações significativas ocorridas desde sua saída da região e os limites pessoais para suportar a permanência nessa situação. Mantém discurso ambivalente em relação ao desejo de retornar para a rua, ao mesmo tempo que dá notícias de um processo de identificação positiva com as relações estabelecidas a partir do Serviço Residencial.

Algumas das inquietações e fantasias evidenciadas na construção do Projeto Terapêutico Singular, envolvem os desafios implicados nos desdobramentos do uso abusivo de substâncias para dentro de um serviço de moradia. Ainda que não se trabalhe com a imposição da política de abstinência, verifica-se dificuldade importante por parte da equipe para sustentar os períodos de desorganização em que decide ficar em uso durante alguns dias, colocando em questão a condição de permanência na casa. Nota-se, por exemplo, uma tensão constante

quanto à emergência de crises ou circunstâncias conflituosas que possam colocá-la em risco. Esse fato contribui para o processo de tomada de controle sobre os hábitos e relações da usuária, havendo uma tendência de institucionalização do sofrimento e da sociabilidade. Ou seja, privilegia-se a oferta de dispositivos institucionais a partir do acompanhamento intensivo, a permanência diária no serviço e inserções em leito noite como principais estratégias para manejar os momentos de sofrimento.

Nesse sentido, aponta-se a relevância da realização de supervisões clínico-institucionais sobre o caso a fim de refletir sobre o PTS, condutas e os atravessamentos dos afetos e expectativas alimentadas pela equipe de cuidado e pela usuária. Segundo Brasil (2007), a supervisão clínico-institucional tem por objetivo promover diálogo sobre questões clínicas e institucionais enfrentadas pelos trabalhadores do serviço, apontando a interface entre a atenção e a gestão das redes de assistência. Esse espaço é mediado por um trabalhador externo ao serviço, cabendo a ele a tarefa de acolher as angústias da equipe multidisciplinar oferecendo suporte para a organização do processo de trabalho, dos PTS e manejos dos casos acompanhados na unidade.

Nesse contexto, destaca-se as reflexões sobre a manutenção de um espaço relacional entre a usuária e a equipe que ofereça sustentação para a divergência de expectativas na relação de cuidado, e para suportar o tempo de elaboração das crises, evitando o atravessamento excessivo da oferta de recursos institucionalizantes. Ferigato, Onocko-Campos e Ballarin (2007) escrevem que essa noção de que os riscos de uma crise precisam ser evitados ou prontamente suprimidos, encontra respaldo na epistemologia da psiquiatria tradicional, em que a experiência é tomada necessariamente como algo prejudicial, destrutivo e incapacitante, legitimando linhas de ação que intercedem sobre a autonomia dos indivíduos e concentram o poder de decisão na equipe profissional.

A ocorrência desses eventos convidou as equipes a fortalecer espaços de diálogo sobre a construção do PTS, e através de algumas reuniões foi possível elaborar sentidos clínicos para a ambivalência de L. Tendo em vista o histórico de rupturas para com os laços afetivos e das violências vivenciadas nos diferentes espaços em que estabeleceu moradia, entende-se que a inserção no Serviço Residencial se faz justamente em função de trabalhar as relações e conflitos que se farão presente nesse âmbito, oferecendo sustentação e suporte para o exercício da singularidade do funcionamento de cada sujeito nesse processo. Envolve também um investimento por parte da equipe na realização de ações de cuidado compatíveis com essa realidade e com o objetivo de reinserção social.

Assegura-se, portanto, a importância de ações longitudinais, da escuta qualificada e do manejo dos sentidos e afetos atribuídos ao processo de habitar uma casa e dela constituir um lar no contexto atual. A partir dessas trocas, em algumas ocasiões foi possível apostar em outros destinos para os períodos de crise e desorganização, principalmente no que diz respeito à necessidade de desprendimento do movimento de antecipar o manejo do sofrimento, de vigiar as escolhas e possíveis consequências que podem advir destas. Pretendeu-se com isso, garantir maior abertura para o exercício da autonomia de L., protagonizando sua voz na convocação de recursos internos e externos, de maneira a legitimar o desejo e tempo de ir para a rua, de solicitar o contorno dos dispositivos do CAPS e também o de retornar para casa.

Com isso, passamos a ocupar a casa de L. com mais frequência, essas visitas domiciliares tinham como objetivo promover a convivência no espaço, vivenciar em ato a relação com a casa, com os moradores e com as necessidades, confortos, medos e angústias que emergem daquele cotidiano. Sobre isso, percebe-se, por exemplo, a relevância de ensiná-la a manusear a televisão, de assistirmos juntas algum programa matinal, trocar receitas e dicas sobre os cuidados da casa, e até mesmo de reconhecer uma plantinha nova no quintal ou uma foto colocada sobre o móvel da sala. Através desses pequenos detalhes foi possível acessar elementos da história da usuária, bem como acompanhar em ato algumas elaborações sobre a vida naquele e outros espaços, testemunhando a legitimidade dessas narrativas.

Considerando a centralidade da habitação no processo de saúde e adoecimento, é certo que representa um direito que se pretende garantir, contudo também é necessário trabalhar a partir das implicações e desdobramentos das escolhas exercidas pelos sujeitos, evitando intervenções aprisionantes que apaguem os desejos e particularidades verificadas na apropriação para com o direcionamento do PTS. Jannuzzi et al (2019), descrevem uma experiência de cuidado a partir da qual a equipe legitima a pertinência de respeitar o tempo de convocação do usuário e, diante da situação de vulnerabilidade social, de suportar as angústias dos possíveis riscos e agravos à saúde, a fim de estabelecer vínculo e confiança que permitiram diminuir as barreiras para aceitação do cuidado. Estar ao lado do sujeito, compreendendo a avaliação das representações subjetivas atribuídas e as dificuldades no contato com os serviços de saúde, foi essencial para a efetivação de uma experiência de corresponsabilização pela integralidade e longitudinalidade do acesso à assistência.

Nesse sentido, a minha participação nesse PTS almejou a elaboração dos sentidos e construção da familiaridade para com a vida no contexto social em questão, tendo como perspectiva o desenvolvimento de uma relação terapêutica em que haja confiança para reconhecer e experimentar diferentes posições nos modos de habitar a casa, o CAPS e as ruas

da cidade. E ainda nos modos de se apresentar na relação com o outro, de enfrentar os riscos e conflitos, movimentar desejos e agenciamentos em vias da produção do cuidado e da qualidade de vida. Sustentar a postura de suporte a esses processos possibilita legitimar os acontecimentos disruptivos das crises ao mesmo tempo que evidenciar a potência dos sujeitos para atravessar essas experiências.

Vale ressaltar que esse investimento vai de encontro com a ideia de que a crise é um momento de sofrimento intenso caracterizado pela ruptura com as redes de amparo, em que ocorre uma experiência insuportável que extravasa os recursos de enfrentamento e de elaboração simbólica até então delimitados. Apresenta-se, portanto, a necessidade de convocar os vínculos de cuidado, estabelecendo pontes entre o sujeito e a realidade que possibilitam constituir desvios, elaborações de sentido e transformações nas posições assumidas diante das adversidades e dos momentos de desorganização (FERIGATO, BALLARIN, ONOCKO-CAMPOS, 2007).

Em acordo com o acúmulo de reflexões aqui propostas, identifica-se a potência da utilização de ferramentas de intervenção a longo prazo que pretendem evidenciar a característica humanizada do encontro e da escuta para além das palavras, fazendo emergir estratégias particulares e compatíveis com a realidade dos sujeitos. Reitera-se a função terapêutica da manutenção do vínculo, principalmente no que diz respeito à disposição de recursos relacionais para a tessitura dos itinerários de cuidado. Trata-se, portanto, de assumir uma postura ativa de sustentação e ancoragem para acompanhar os processos de subjetivação e as construções de sentido atribuídas ao adoecimento e às práticas de saúde ofertadas pelos serviços (PALOMBINI ET AL, 2019; FERIGATO, ONOCKO-CAMPOS, BALLARIN, 2007).

6. Considerações finais

As reflexões propostas por esse trabalho partem do pressuposto de que a reformulação da assistência depende da implementação de instrumentos de educação em saúde comprometidos com a qualificação de recursos alinhados com os princípios e diretrizes do SUS e com as reais necessidades em saúde da população atendida. Mais do que isso, o relato de experiência apresentado demonstra a relevância da metodologia da formação pela ação em serviço como estratégia para contrapor e resistir às tendências de fragmentação e alienação no interior dos serviços de saúde a partir da reafirmação da ética proposta pela Atenção Psicossocial (YASUI, COSTA-ROSA, 2008).

Retomando-se a indissociabilidade entre a gestão e a assistência, Merhy e Franco (2003) afirmam que a reinvenção do processo de trabalho proposto pela clínica ampliada e compartilhada se dá no âmbito das tecnologias relacionais representadas pela micropolítica do trabalho vivo expressas no ato do encontro entre os usuários e trabalhadores da rede. Ou seja, está baseada na postura de acolhimento, escuta e implicação com o desenvolvimento de ações produtoras de saúde e qualidade de vida em determinado contexto territorial.

A configuração da formação no Programa de Residência permitiu uma experiência de imersão longitudinal no serviço do CAPS AD e principalmente no desenvolvimento do PTS descrito. Considerando a complexidade do caso, houve respaldo institucional e coletivo para investir na continuidade dos vínculos, sendo possível construir caminhos efetivos para a ampliação das práticas de saúde e do compartilhamento das responsabilidades para o acontecimento das relações e apostas terapêuticas.

Também é necessário reconhecer que essa experiência é atravessada por inúmeras contradições e tensões sociais que se atualizam na vida contemporânea, colocando em questão as marcas de uma realidade estruturada na desigualdade social, no preconceito étnico-racial e nos estigmas atribuídos aos usuários de drogas e pessoas que convivem com sofrimento psíquico grave. Essas contradições se fazem constantemente presentes no delineamento das estratégias de cuidado, sendo fundamental os momentos em que a equipe se debruçou sobre a própria prática a fim de identificar e superar a necessidade de convocação das relações de poder, controle e vigilância sobre a vida dos indivíduos e os impactos desse artifício sobre os corpos e subjetividades.

Através dos norteadores da clínica ampliada e compartilhada, foram observados os efeitos da utilização de tecnologias relacionais em que se valoriza a escuta dos usuários, testemunhando suas narrativas de vida e apropriações sobre a experiência de conviver com sofrimento psíquico. É preciso reconhecer que a inclusão social pelo exercício da cidadania e a responsabilização pela autonomia diante do processo de adoecimento, constituem eixos centrais para o desenvolvimento das práticas assistenciais em saúde mental no modelo proposto pela Atenção Psicossocial (RICCI, 2017).

Para que a lógica manicomial deixe de ser dominante, é necessário qualificar os profissionais para atuar através dos territórios de vida dos sujeitos, levando em consideração o aspecto dinâmico das relações e das vidas que os movimentam. Exige, portanto, a superação da função de controle e vigilância dos corpos, deslocando o investimento para um conjunto de ações que instiguem novas formas de conviver com a diferença, potencializando o estreitamento com os laços sociais de suporte.

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e Epistemologia. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, n. 1, p. 34-41, jan-abr, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68425/41204>>

AMARANTE, P; TORRE, E. H. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, pp. 73-85. 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>>

BASTOS DE PAULA, S, H. Construção histórica de modelos de intervenção em saúde. In: _____. Memórias e histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 13-34, 2015.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS. Brasília (DF); 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 64 p., Brasília : Ministério da Saúde. 2010a. Disponível em: <https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Caderno de Textos: Cartilhas da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 157 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde. 26 jan. 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, G. W. S., M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva. 2007, v. 12, n. 4, pp. 849-859. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Conselho Federal de Psicologia – Brasília: CFP, 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Loucura & Civilização, Cap. 8, pp. 141-168. 2000. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>>

DAVID, E. C. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. 2018. 168p. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. 2018.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 595-602, Feb. 2020.

ENGEL, M. G. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v.5, n.3, pp. 547-363. 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>>

FERIGATO, S. H.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da Unesp, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 14, 2007. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendimentoacrise.pdf>>

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, pp. 1869-1878. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt&format=pdf>>

FURTADO, J. P. et al. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, v. 18, n. 12, pp. 3683-3693. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200024>>

JANUZZI, A. A. Saúde Mental na rua: a importância de construir o risco. In: ONOCKO-CAMPOS, R. T.; EMERICH, B. F (Orgs.) *Saúdeloucura 10: tessituras da clínica: is da reforma psiquiátrica*. 1. ed. São Paulo: Hucitec. pp 59-77. 2019.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102 , pp. 593-606. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>>

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez. 2003. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.; EMERICH, B. F; RICCI, E. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23., e170813. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170813>>.

OURY, J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*, 1, 42-50. 1991.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet: Saúde no Brasil*, pp. 11-31. 2011. Disponível em: <https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6 , pp. 1723-1728. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>

PALOMBINI, A. L. et al. Acompanhamento terapêutico: uma clínica em rede. Sustento da vida entre precariedades e riscos. In: ONOCKO-CAMPOS, R. T.; EMERICH, B. F (Orgs.) Saúdeloucura 10: tessituras da clínica: itinerários da reforma psiquiátrica. 1. ed. São Paulo: Hucitec. pp 91-113. 2019.

RICCI, E. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.9, n.21, p.212-228, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69547/41668>>

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: Nicácio M.F. (Org.) Desinstitucionalização. Hucitec, São Paulo. pp. 89-99. 1990.

ROSA, E. Z. Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social. 2016. 380f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. 2016.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, pp. 1729-1736. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental Saúde em Debate, vol. 32, núm. 78-79-80, jan-dez, 2008, pp. 27-37 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil