

# RELAÇÕES ENTRE RACIONALIDADE CONSERVADORA E PAUPERIZAÇÃO DO CUIDADO EM CAPSAD: UM ESTUDO DE CASO

*Relations between conservative rationalities and pauperization of care in CAPSad: a  
case in point*

Jeovane Gomes de Faria<sup>1</sup>

Daniela Ribeiro Schneider<sup>2</sup>

---

Artigo encaminhado: 19/04/2018

Aceito para publicação: 26/04/2019

**RESUMO:** As transformações no campo da saúde mental sustentaram-se no confronto de diferentes modelos de atenção, gerando embates entre distintas racionalidades acerca das ações em saúde. Objetivou-se, através de estudo descritivo-exploratório, compreender as racionalidades dos profissionais atuantes na Atenção Psicossocial aos usuários de drogas, a fim de analisar a qualificação do cuidado, através do estudo de caso de um CAPSad. Utilizou-se observação participante e entrevistas com dezesseis profissionais do serviço estudado. Foi realizada análise de conteúdo. Verificou-se a existência de contradições entre trajetórias e formações profissionais com as práticas e cuidados desenvolvidos dentro do CAPSad, com ações ainda baseadas em um modelo biomédico e moral, com pouco compromisso dos profissionais com as transformações necessárias ao campo. Sugere-se a retomada da supervisão clínico-institucional, com ações mais focadas no território e qualificação do cuidado, além das necessárias mudanças para a qualificação da formação profissional. **Palavras-chave:** Racionalidades. Profissionais de saúde. Abuso de Drogas. Centro de Atenção Psicossocial.

**ABSTRACT:** Transformations in the mental health field were supported in a context of confrontation of different models of care, which generated clashes among different health rationales. The aim, through a descriptive-exploratory study, was to understand the rationales of the working professionals in

---

<sup>1</sup> Psicólogo pela Universidade Federal de Uberlândia. Doutor e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). psijeovane@gmail.com

<sup>2</sup> Pós-Doutora em Ciência da Prevenção pela Universidade de Valencia/Espanha e na University of Miami. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP. Mestre em Educação pela UFSC/ SC. Psicóloga pela UFSC/SC. danischneiderpsi@gmail.com

psychosocial care to drug users in order to examine the qualification of care, through the case study of a Day-Care Center for drug users. We used participant observation and interviews with 16 service professionals. Content analysis was performed. There are contradictions between trajectories and professional training and care practices developed within the CAPSad, still based on a biomedical and moral model, with little commitment of professionals to the necessary transformations of the field. It is suggested the resumption of clinical and institutional supervision, with more focus on the territory and care qualification, in addition to the necessary changes to the qualification of professional training. **Keywords:** Rationalities. Health personnel. Drug abuse. Day-care center.

## 1 INTRODUÇÃO

Desde os anos de 1970, no Brasil, a atenção em saúde mental, incluindo a temática de álcool e outras drogas (AD), é permeada pela coexistência de modelos contraditórios. Por um lado, a assistência psiquiátrica tradicional, com raízes no século XIX, sustentada em um sistema de tratamento para o sofrimento psíquico baseado na internação em hospitais psiquiátricos e no uso de psicofármacos, fundamentado na exclusão e isolamento social da loucura, aprisionando comportamentos considerados desviantes em dispositivos de cuidado e racionalidades conservadoras (FOUCAULT, 1997). Em contrapartida, tem-se as transformações da Reforma Psiquiátrica, *pari passu* à Reforma Sanitária, propondo o cuidado centrado na integralidade do sujeito, para além da doença, estruturado em uma rede de serviços com ações interdisciplinares e intersetoriais, voltadas para o território existencial dos usuários (AMARANTE, 2007).

Em específico aos problemas relacionados ao uso de drogas, inexistia no Brasil, até o início do século XXI, política pública de saúde específica para este campo. Os diferentes governos direcionavam suas ações na repressão ao tráfico e na criminalização dos usuários, inserindo as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas no modelo psiquiátrico tradicional. Assim, as primeiras ações para essa temática, no início do século XX, focaram na criação de um “aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso

e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país” (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 804). Na década de 1970, essa política foi influenciada pela medicina, com subsídios técnico-científicos para a legitimação do controle do uso de drogas, sendo o usuário concebido como doente, com seu tratamento inserido no modelo manicomial, mas ainda adstrito ao âmbito da justiça penal (MACHADO e MIRANDA, 2007), sob coordenação da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), com histórico de oposição às ações do Ministério da Saúde para o campo AD, que nos últimos anos vêm buscando ações de caráter mais intersetorial.

Em 2003, compreendendo a temática das drogas como questão de saúde pública, o Ministério da Saúde lançou uma política específica para o cuidado integral aos usuários de drogas, com o surgimento de Centros de Atenção Psicossocial específicos para o cuidado dos usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), influenciados pelas propostas do modelo da saúde coletiva e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a consolidação desses serviços junto à rede de atenção, foram construídas conexões de cuidado desde a atenção básica até a alta complexidade. Sendo assim, no campo da saúde, os tratamentos no campo AD foram se modificando ao longo dos anos, buscando superar um modelo que aliava a perspectiva jurídico-moral à lógica médico-farmacológica (FARIA e SCHNEIDER, 2009).

As conquistas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário remetiam para a necessidade de redefinição do conceito de saúde, para além da ausência de doença, contemplando a qualidade de vida e a constituição de práticas integrais de atenção. Essa construção epistemológica, centrada no sujeito e seu território existencial, implicou na transição de um paradigma manicomial para o modelo de atenção psicossocial (AMARANTE, 2007; SILVA et al., 2015). No campo AD essas transformações foram acompanhadas de diferentes concepções teórico-metodológicas, sustentadas em diferentes racionalidades, isto é, em diferentes compreensões sobre a relação entre os sujeitos, os contextos e as drogas e sobre os caminhos do cuidado.

O que é observado, no entanto, é que as reformas e marcos legislativos, avançaram com maior velocidade do que as reformas dos currículos acadêmicos e da mudança das racionalidades dos profissionais, gerando confronto de modelos e compreensões, que acabam por refletir nas práticas de

cuidado. Lavrador e Ribeiro (2015, p. 95) destacam a existência nos CAPS de uma tensão cotidiana entre o modelo biomédico com os movimentos reformistas de atenção psicossocial, sobrepondo propostas de cuidado muitas vezes contraditórias, impondo ambiguidades para o projeto terapêutico institucional, na medida em que os novos dispositivos exigem novos horizontes teórico-metodológicos, com um conceito ampliado de saúde e uma nova lógica de organização do cuidado.

Tais ambiguidades limitam a qualidade da atenção aos usuários e a efetivação do modelo de política do Ministério da Saúde que prevaleceu até 2017. Assim, faz-se necessário refletir sobre a forma como os profissionais aliam suas racionalidades teórico-metodológicas com a proposta de atenção dos serviços. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar e discutir as diferentes racionalidades dos profissionais envolvidos no campo da atenção psicossocial, fornecendo subsídios para pensar suas implicações na qualificação das práticas de cuidado e na formação de recursos humanos capacitados para a atenção aos usuários de drogas.

Antes de apresentarmos os resultados faz-se importante realizar as definições operacionais dos conceitos que nortearam as discussões e considerações acerca dos achados do estudo, como os tipos de racionalidades, os modelos de análise do fenômeno do uso de drogas, a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e o Papel dos CAPSad na rede de atenção, além de estudos referentes às práticas profissionais na atenção em saúde mental.

## **2 RACIONALIDADES E MODELOS DE ANÁLISE DO FENÔMENO DO USO DE DROGAS**

Diferentes concepções acerca de um fenômeno são formuladas em um contexto de múltiplas formações e trajetórias, sendo potencializadas quando se leva em conta as racionalidades teórico-metodológicas norteadoras das práticas de cada profissional. A racionalidade é algo inerente à condição humana, sendo característica primordial na diferenciação do homem com os demais animais, constituindo-se na forma como o homem se organiza “material e sociologicamente” na direção da construção de seu projeto de ser. A racionalidade constitui-se na forma como o sujeito se apropria das

contingências do meio e como as elabora reflexivamente (BERTOLINO, 2005).

Com base em como o conhecimento é produzido e organizado, a antropologia filosófica propõe quatro sistemas de racionalidades: Racionalidade Teológica ou Religiosa (coordenadas lógicas sustentadas a partir dos diversos dogmas religiosos); Racionalidade Metafísica (coordenadas lógicas sustentadas a partir dos diferentes dogmas não religiosas, constituindo diferentes tipos de racionalismos: idealismos, materialismos, espiritualismo, etc.); Racionalidade Política (coordenadas lógicas associadas a um determinado projeto para a sociedade, como nos diversos sistemas políticos-ideológicos, também associada a jogos de poder dentro das instituições); e a Racionalidade Científica (ao contrário dos outros sistemas utiliza-se de coordenadas teórico-metodológicas, garantidas pela descrição, observação, verificação de fenômenos naturais ou humanos, estabelecidas pela articulação interdisciplinar, sustentada pelo rigor metodológico no estudo dos fenômenos e dos processos de produção do conhecimento) (BERTOLINO, 2005).

As racionalidades, disponíveis nos diferentes contextos culturais, são apropriadas reflexivamente por cada sujeito, realizando uma síntese própria, que constitui a racionalidade singular de cada um e fundamenta o modo próprio de ser no mundo (BERTOLINO, 2005). Tais racionalidades irão se associar às diferentes práticas de cuidado dentro dos serviços. Em relação às práticas de cuidado no que diz respeito à demanda AD, Rezende (2000) identifica quatro modelos de análise para a questão do uso de drogas, que nortearam as intervenções propostas nas últimas décadas:

1. Modelo Jurídico-Moral – baseado em uma posição dualista da realidade, com o maniqueísmo entre o bem (o bom comportamento) e o mal (a droga), fundamenta princípios repressivos (“Guerra contra as drogas”), focados na redução da oferta de drogas. Ênfase na interação do sujeito com droga, com ideal de pureza e busca pela abstinência;

2. Modelo Médico ou de Saúde Pública – compreende o uso de drogas de forma similar às doenças infectocontagiosas, que exigem o isolamento do paciente. O uso problemático de drogas é compreendido como um problema de ordem médico, caracterizando o fenômeno em pauta como uma “doença recorrente e incurável”;

3. Modelo Psicossocial – destaca o papel ativo do indivíduo, focado na interação droga-usuário. Parte da noção de que o uso da droga irá persistir enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. O uso de drogas é fruto de aspectos psicológicos e sociais;

4. Modelo Sociocultural – Modelo focado na forma como cada sociedade utiliza a droga em termos de significado e importância. O uso de drogas é fruto das condições sociais, econômicas e ambientais e o uso de cada sujeito advém de suas escolhas, realizadas a partir de seu contexto de vida.

O modelo jurídico-moral predomina no campo do senso comum, sendo uma visão predominante na sociedade em geral, que reforçam o modelo repressivo. No campo dos serviços e dispositivos de saúde ela se sobressai naqueles que se sustentam em práticas religiosas ou espirituais, como é o caso de boa parte das Comunidades Terapêuticas e Grupos de Ajuda Mútua. No campo da saúde o modelo biomédico apresenta-se hegemônico, sendo orientado pela Racionalidade Médica, compreendida como um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes definidas a partir de cinco dimensões interligadas: uma concepção sobre o fenômeno sobre o qual se debruça, aqui definido como uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), e um sistema de diagnose, que se desdobram em um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura) (TESSER e LUZ, 2002; 2008).

Os autores apontam ainda que tal modelo indica teorias e terapêuticas, sendo que em muitas situações acabam por “reforçar cegueiras e dilemas importantes”, com uma crescente insatisfação, evidenciada no aumento da busca por práticas complementares e populares no mundo ocidental (TESSER, 2009). Em relação ao uso de drogas, verifica-se a racionalidade médica nos modelos tradicionais de intervenção, focados durante muito tempo na proposta do afastamento social do usuário, através de internações em serviços distantes do território do sujeito e nas metas de abstinência “*a priori*”.

O modelo psicossocial é mais empregado pelas psicoterapias em geral. Já o modelo sociocultural é típico de programas e serviços pautados na redução de danos, que se focam no respeito às escolhas singulares, no acolhimento da diversidade de formas e estágios de uso e, assim, questionam a exigência da abstinência “*a priori*”. Sua preocupação se coloca nas condições

de vida e saúde do usuário e sua ação é voltada para a minimização dos riscos envolvidos no uso da droga (SCHNEIDER, 2010).

Esta autora destaca que os serviços de atenção a usuários de drogas, na maioria das vezes, realizam uma combinação de diferentes modelos de análise do fenômeno do uso de drogas, muitas vezes complementares e, em outras, justapondo modelos contraditórios, o que se desdobra na presença de ambiguidades teórico-metodológicas presentes nas ações em saúde e nos cuidados desenvolvidos nos serviços (SCHNEIDER, 2010).

### **3 O PAPEL DOS CAPSAD E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

O final do ano de 2017 foi emblemático para a Política de Atenção aos Usuários de Drogas, pois a gestão atual da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, assim como a da SENAD, sobregência da política conservadora empregada pelo Governo Federal, propôs uma mudança na Política de Saúde Mental, sustentada desde 2001 pela Lei 10.216, popularmente chamada Lei da Reforma Psiquiátrica. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou no dia 14/12/2017 a proposta da mudança, no qual voltam algumas prerrogativas do chamado modelo manicomial.

Neste momento, aguardam-se os novos passos deste contraditório processo político, uma vez que muda o papel dos CAPSad, que até então, pela Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004), apresentava-se como o dispositivo estratégico para sua execução. Tal condição já havia sido referendada em 2011, com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e veio para consolidar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com serviços interligados entre a Rede de Saúde, com as Unidades Básicas de Saúde e os serviços especializados em Saúde Mental, de base territorial e comunitária, como os CAPS (BRASIL, 2011).

Os CAPS tiveram um valor estratégico na história das transformações no campo da saúde mental e na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira,

como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, com a função de reorganizar e articular a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Sob esta lógica, deveria se consolidar uma nova clínica, em perspectiva ampliada e focada no sujeito e não somente em seu problema de saúde, que fosse produtora de autonomia, ao convidar o usuário à corresponsabilização e protagonismo (LAVRADOR e RIBEIRO, 2015).

Porém, desde o início de sua criação, estes serviços enfrentam excessiva demanda para o pouco número de profissionais, vínculos empregatícios precários e pouca prioridade da gestão, colocando em questão a qualidade do cuidado ofertado (PONTES e FRAGA, 1997; LAVRADOR e RIBEIRO, 2015). Da mesma forma, foram sendo, muitas vezes, transpassados por racionalidades conservadoras, advindas das formações de profissionais ainda dentro de uma lógica tradicional, de cunho biomédico e manicomial, sem atualizações voltadas para as demandas do SUS e da Reforma Psiquiátrica (LAVRADOR e RIBEIRO, 2015).

Os princípios da referida Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas se sustentam na lógica da Redução de Danos e na interlocução com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Redução de Danos significa a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso de drogas, como o contágio de doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, ou outros agravos em saúde física ou psíquica, ou as consequências psicossociais do abuso da droga, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo dessas substâncias (CRUZ, 2006). No plano assistencial, o emprego das estratégias de Redução de Danos é focada no acolhimento da diversidade de situações dos usuários de drogas que procuram cuidado, pois viabiliza diferentes opções para cada usuário, sem exigência de abstinência “*a priori*”, possibilitando maior vínculo com os profissionais e com a instituição (CRUZ, 2006).

A redução de danos segue os princípios do pragmatismo, da tolerância e da compreensão da diversidade. É pragmática porque compreende que é necessário oferecer serviços de saúde a todas as pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, incluindo aquelas que continuam usando drogas após tratamento. É tolerante por evitar o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de drogas. Além disso, busca contemplar

a diversidade, considerando as especificidades da relação estabelecida por cada sujeito com as substâncias (CRUZ, 2006). Sendo assim, o modo de atuação da atenção psicossocial implica a construção de saberes que desfoçam da doença e do sintoma, incidindo nos campos de produção social e cultural (LAVRADOR e RIBEIRO, 2015).

O desafio está em estabelecer uma lógica de acolhimento da diversidade de estágios de uso e de vulnerabilidades psicossociais das pessoas que sofrem com estas dificuldades. Da mesma forma, é desafiador a interlocução com a Rede de Atenção em Saúde, o que proporciona um cuidado focado no território e no contexto comunitário no qual está o usuário, ao facilitar ações como a reabilitação psicossocial, a educação na saúde, além do maior engajamento da comunidade com um problema que engloba todo o contexto social ao redor (MULLER e MORENO, 2013).

#### **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

Esta pesquisa, desenvolvida em 2012, consiste em um estudo exploratório-descritivo, com delineamento de estudo de caso, realizada em um CAPSad, de um município do sul do Brasil, com aproximadamente 185.000 habitantes, em funcionamento desde 2005.

O serviço estudado pertencia a uma rede de atenção em saúde composta por: 40 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 11 Unidades de Referência em Atenção Secundária (Saúde da Mulher, Policlínica de Especialidades, dentre outros), 02 Ambulatórios Gerais de Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de 02 hospitais. A Rede de Saúde Mental apresentava CAPS II, CAPSi e o referido CAPSad.

Participaram da pesquisa todos os 16 profissionais da equipe do CAPSad, sendo 02 psicólogos, 03 assistentes sociais, 02 terapeutas ocupacionais, 02 médicos e 07 profissionais de nível médio de ensino. 13 profissionais tinham vínculo como servidor efetivo, 02 tinham contrato temporário e 01 ocupava cargo comissionado por indicação política.

A coleta de dados foi realizada por meio da observação participante, em um total de 70 horas, subsidiando, juntamente aos dados da revisão da literatura, a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturada com os profissionais. Os dados foram tratados utilizando-se a análise de conteúdo,

segundo o modelo sugerido por Olabuénaga (2012). A partir dos registros do diário de campo e pelas transcrições das entrevistas, foram construídas categorias de análise que procuraram descrever a realidade da instituição pesquisada, compreendida pelas racionalidades teórico-metodológicas de seus profissionais e pelas práticas e cuidados desempenhados com os usuários e das demandas do serviço.

A observação participante subsidiou a compreensão da dinâmica de funcionamento do CAPSad em estudo, sendo divididas em categorias contemplando os aspectos estruturantes e funcionais do serviço. Já as entrevistas buscaram desvelar os sentidos atribuídos às práticas e as concepções dos profissionais sobre o fenômeno do uso de drogas e das intervenções e políticas públicas no campo. As informações advindas dessas duas fontes de informação serão mescladas para uma compreensão mais dinâmica do que se objetiva no presente artigo, que é refletir sobre o impacto da racionalidade dos profissionais nas práticas de cuidado e na dinâmica institucional.

O estudo foi previamente autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo considerados os parâmetros da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, além da prévia submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovado sob nº 622/2011. As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada um dos participantes.

## **5 A PRECARIZAÇÃO DO SERVIÇO COMO REFLEXO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS FRAGILIZADAS E DA RACIONALIDADE CONSERVADORA**

Na observação participante verificou-se como eram acolhidos os usuários, bem como se dava a elaboração de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Embora o serviço possuísse uma escala entre os profissionais para fazer o acolhimento de usuários, não havia uma função definida para o profissional 'acolhedor'. O plantão acabava sendo um momento ocioso, não constituindo um momento efetivo de intervenção e escuta dos usuários e/ou familiares. A equipe pouco conversava sobre o PTS, limitando-o ao preenchimento de um cronograma de atividades que o usuário deveria se

adequar, conforme disponibilidade da instituição, sem que se discutisse o que havia de terapêutico naquela inclusão. As observações apontaram para uma reprodução do modelo biomédico de atenção, em que o profissional é o “dono” do atendimento e o usuário deve acolher suas decisões, desconsiderando suas demandas específicas, pois este não participava ativamente da definição de seu PTS.

O serviço não apresentava um fluxograma formal dos processos de cuidado, isto é, embora existisse, na prática, um fluxo de atendimento, não havia uma formalização e os profissionais não souberam responder como se dava a elaboração do PTS do usuário desde o acolhimento até as condutas de intervenção.

Quanto às Oficinas Terapêuticas, somente Terapeutas Ocupacionais as realizavam, com as demais categorias profissionais mantendo-se alheias às atividades, que apareciam com a função clássica, que tinham nas instituições asilares, ou seja, ocupar e entreter os usuários, sem função terapêutica de reinserção social, com os usuários apresentando dificuldades de compreender seu significado. Pinho et al. (2009) já havia observado essa característica em outro CAPSad, com as oficinas ainda vinculadas ao modelo da psiquiatria tradicional, focada no entretenimento do usuário.

Os grupos terapêuticos do serviço eram as atividades com maior regularidade do serviço, seja pelos horários, seja pelos profissionais, que eram fixos e as atividades programadas de forma que facilitava a orientação dos usuários quanto às atividades previstas em seu PTS. Os grupos eram coordenados pelos dois psicólogos da unidade, que apresentavam posturas diferenciadas na condução e na relação com os usuários, sendo um deles com discurso essencialmente intelectualizado e outro mais focado nas diretrizes da política de atenção.

Em relação à *Intersectorialidade do Serviço*, a relação do CAPSad com outros setores da Rede de Saúde do Município era limitada, exemplificado na existência de um Programa de Redução de Danos do município, vinculado ao setor de epidemiologia, mas que não tinha contato algum com o CAPSad. Também havia convênios da Secretaria de Saúde com quatro Comunidades Terapêuticas, com o encaminhamento de usuários de drogas para tais instituições sem participação da equipe do CAPSad. Essa desconexão

intersetorial corroborou com os achados do estudo de Bezerra e Dimenstein (2008), que realizaram uma investigação junto a trabalhadores de saúde mental inseridos em CAPS II e AD sobre a proposta de Apoio Matricial às equipes da ESF, no Nordeste do Brasil, em que apontam a necessidade de se repensar a função do CAPSad dentro da rede de atenção, uma vez que observaram que tais serviços não realizam, como o CAPSad do presente estudo, ações intersetoriais com outras unidades de saúde e não exercia função reguladora da RAPS, como referência para o cuidado com a demanda AD do município.

Outra situação a se considerar a partir das observações foram as dificuldades no *Relacionamento Interpessoal*, seja entre os próprios profissionais, seja entre os profissionais e a coordenação, alternando-se momentos de dificuldades de transmissão de informações e condutas de cobrança de ações e iniciativas entre os profissionais. Percebeu-se dificuldade entre a coordenação local e a municipal de saúde mental em relação às condutas e informações frente aos usuários. Além disso, havia posturas divergentes entre os profissionais que trabalhavam em turnos diferentes, sendo que os do turno da manhã possuíam uma postura mais disciplinadora, seja com os usuários, seja com os colegas de trabalho, apesar de possuírem melhor relacionamento com a coordenação. A equipe do período da tarde era mais flexível na disciplina e tinha maior tempo de inserção no serviço, ao passo que seu relacionamento com a coordenação era de confronto e disputa de poder.

Nas reuniões somente participavam os profissionais de nível superior, as técnicas de enfermagem e a agente administrativo. Na maioria das ocasiões os médicos não participavam das reuniões de equipe, indicando a presença de algumas relações hierarquizadas entre o grupo de profissionais.

A forma de *inserção no serviço* pelos profissionais foi um balizador para compreender a maneira como estes se relacionavam com a equipe e com o projeto institucional. No serviço estudado a entrada se deu de forma voluntária para oito participantes, transferidos de outras unidades de saúde do município. Quatro profissionais, porém, vieram por meio de transferência involuntária, como podemos notar na seguinte fala:

*“Eu entrei de castigo aqui... tive um enfrentamento na época com a*

*coordenação onde eu trabalhava, eu me posicionei contra uma prática assistencialista e, de castigo, eu vim para o CAPSad e estou até agora”.*

Tal frase mostra como o contexto interpessoal interferia nas atividades cotidianas. O relato reproduz as formas de relacionamento com o serviço, sendo que esta profissional exercia uma liderança na equipe, que acabava por interferir nas poucas tentativas de organização do CAPSad. Mesmo após longo tempo inserida no serviço, a profissional ainda se comportava como se estivesse de “castigo”.

Os ‘jogos de poder’ eram a tônica dominante na forma como os profissionais se relacionavam, pouco trocando e discutindo as intervenções e os casos clínicos, apresentando pouco engajamento com a qualificação do cuidado do usuário e em desacordo com os princípios da proposta da política nacional de atenção aos usuários de drogas. Essa mistura de uma racionalidade política com metafísica, com resquícios do modelo médico-hospitalocêntrico, corrobora com outros estudos quando descrevem CAPS precarizados (SOUZA et al., 2007; MORAES, 2008; BUENO e CAPONI, 2009), no qual justificam ser esse fato um dos principais entraves para a consolidação da proposta de atenção psicossocial.

Sendo assim, foi possível verificar a relação entre precarização do serviço e pauperização do cuidado aos usuários com a questão dos relacionamentos interpessoais e mecanismos de poder na equipe, mostrando que quanto mais os vínculos intraequipe são instáveis e as disputas de poder delineiam as relações interpessoais, mais precário é o cuidado.

Quanto aos *Modelos de Atenção* constatou-se a predominância da racionalidade biomédica como prática do serviço, com exames laboratoriais e consultas médicas norteando toda a atenção ao usuário. Ao mesmo tempo, havia uma crítica, por uma minoria dos profissionais, que defendiam um modelo integral de atenção, baseado no paradigma da redução de danos. Essa contradição marcava as relações entre os profissionais e refletia em alguns problemas de relacionamento existentes.

A relação profissionais-usuários, em geral, era restrita aos atendimentos formais, não havendo interação nos momentos de convivência, fora das salas de atendimento. Os usuários não compreendiam seus PTS, uma vez que não tinha papel ativo em sua construção e os profissionais faziam esse

esclarecimento, além de grande parte dos discursos profissionais serem marcados por um tom intelectualizado e com utilização de termos técnicos, distantes da realidade dos usuários. Em muitas ocasiões emergiam 'frases de efeito', como as utilizadas por uma profissional em grupo de familiares (“*No improviso nós somos o que somos*” e “*A vida é conjugal e instantânea*”) e, por outra, numa lógica de senso-comum, que dizia “*sentir pena dos pacientes*”. A equipe se limitava a discutir os problemas conforme surgiam no decorrer das atividades, sendo que, em nenhum momento das observações, houve discussões acerca da interação entre as atividades desenvolvidas com as sugestões dos usuários para o aprimoramento da atenção.

A prática de cuidado da maioria dos profissionais era pautada em uma mistura de racionalidades: teológica, metafísica e científica, com condutas baseadas em preceitos morais, opiniões pessoais, referendadas pela lógica biomédica e sua ênfase patologizadora, conforme nos aponta Schneider (2010). Mesmo os profissionais com maior formação acadêmica também utilizavam deste tipo de síntese de diferentes racionalidades em suas intervenções.

A presença de racionalidades contraditórias, com base no confronto entre ideologia *versus* prática no tema do uso de drogas, converge com Lavrador e Ribeiro (2015) e Howard e Holmshaw (2010), que apontaram que os profissionais que receberam treinamento específicos em atenção a usuários de drogas apresentaram menos atitudes negativas quanto a esse público, independentemente de sua experiência de trabalho clínico ou do tipo de ambiente de trabalho.

## **6 CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO AO FENÔMENO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E À POLÍTICA DE ATENÇÃO**

A forma como o profissional concebe o fenômeno com o qual trabalha, implica em como ele organiza suas atividades profissionais, delineando sua racionalidade, da mesma maneira que acontece num serviço ou sistema de saúde, que se coloca como um conjunto interligado de saberes e práticas (TESSER e LUZ, 2008). Sendo assim, reconhecer como os profissionais compreendem o fenômeno com o qual atuam, ajuda a compreender o modelo de práticas implementadas nos serviços.

Quanto à forma como os profissionais compreendiam a questão do uso de drogas na atualidade, verificou-se fragilidades teórico-conceituais, que podem ter contribuído na pauperização do cuidado apontado pelas observações. Além disso, observou-se a inexistência de espaços de discussões teórico metodológicas entre a equipe, indicando um processo de individualização e solidão profissional. Alguns depoimentos sobre o fenômeno do uso de drogas descreveram a presença de racionalidades metafísicas e morais, pautadas no senso-comum, pouco sustentadas científica ou tecnicamente, mesmo em profissionais com uma maior formação nessas áreas:

“... eu acho que é um fracasso... eu acho que é a cabeça, cada pessoa tem uma cabeça diferente... no meu caso, eu tive uma vida bem sofrida... então, se fosse por esse lado... eu seria uma drogada, uma prostituída...”

“... as pessoas fazem, sabem que tão fazendo errado e não existe uma punição, não existe uma ação pedagógica, por menor que seja... isso aí dá uma margem para essas pessoas acabarem experimentando e, depois que experimenta, é mais difícil parar de usar droga...”

“... quanto mais eles usam mais eles querem, e se não tem droga, ficam doidos... aí querem roubar... ficam desnorteados... aí tem que ter a droga para eles acharem que estão bem... E, no entanto, só estão fazendo mal...”

Verifica-se um predomínio da ênfase na culpabilização do usuário e a reprodução do senso-comum no que se refere às drogas, como constatado em outras pesquisas (SCHNEIDER, 2010; PINHO et al., 2009), desconsiderando aspectos centrais do fenômeno da dependência, constatados inclusive pelo próprio CID e DSM, como a tolerância, abstinência e a dificuldade da interrupção do uso, entre outras dimensões.

Por outro lado, também apareceram visões de caráter mais biomédico, com foco na doença ou ainda, com um enfoque de cunho mais psicológico, mas descontextualizado de outras dimensões psicossociais, implicando em visões reducionistas:

“... a pessoa acaba ficando apreendida pela própria experiência e acaba indo, para o que hoje estamos tratando, que é a questão do adoecimento, tentando mesmo lidar com um tipo de sofrimento, de adoecimento”

“... sempre, por trás da drogadição, tem um trauma, tem uma questão, uma expressão ali, que a gente tem que trabalhar”

“A maconha, a cocaína e o crack, muitas vezes, são uma forma de fuga, uma dificuldade em lidar com algumas questões da vida...”

Aqui também predomina a culpabilização dos usuários, mas, agora, com ênfase em uma lógica psicopatológica, com base na compreensão da dependência como sendo uma psicopatologia da vontade, do controle dos impulsos e das emoções.

Os profissionais também relataram que o início do uso de drogas está ligado à dinâmica familiar, seja pela falta de uma estrutura, seja pela permissiva ao uso de drogas, em especial o álcool. O uso de drogas foi ainda relacionado a problemas educacionais e a falta de informação a respeito dos riscos envolvidos no uso abusivo por dois participantes, enquanto outros três o associaram às dificuldades profissionais e à falta de perspectiva de vida. Em geral, as concepções foram pautadas em uma lógica *ahistórica* e *associal* dessas questões familiares e escolares. Sendo assim, como em situações anteriores, verificou-se junção das racionalidades biomédica, metafísica e moralista, justificando atitudes repressoras, colocando o usuário e seu contexto familiar na posição de culpabilidade.

O modelo jurídico-moral apresenta-se nesta categoria em sua forma mais evidente, seguindo resultados de outros estudos (SOUZA et al. 2007; MORAES, 2008, SCHNEIDER, 2010) e justificando uma atenção focada na suposta periculosidade dos usuários e em condutas disciplinares.

Também se constatou uma apropriação superficial em relação às diretrizes e propostas conceituais da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que, no momento da pesquisa, em 2012, era o principal documento que orientava as práticas e cuidados no CAPSad e

na RAPS. Mais da metade dos participantes relataram desconhecer a referida política, enquanto outros afirmaram conhecê-la, mas fornecendo uma explicação parcial. Sendo assim, quase a totalidade dos profissionais do CAPSad estudado desconheciam as diretrizes para o serviço ao qual estavam inseridos. Este desconhecimento, fragiliza o cuidado e o projeto terapêutico institucional, acabando por promover o individualismo dos profissionais. Além de desconhecer as diretrizes da política de atenção, alguns profissionais fizeram críticas contundentes ao serviço estudado e ao sistema de saúde, porém com soluções que, de certa forma, colocam em questão a lógica da saúde coletiva da RAPS onde estão atuando:

“... a política, como tudo que está no papel, é muito linda, mas, muito pouco prática, pois a gente vê que tem certa ausência de cobertura... não que é uma falha, mas eu acho que faltaria incluir, no caso, uma parceria com a sociedade privada...”

Os atores que deveriam ser protagonistas no desenvolvimento das políticas públicas em seu cotidiano dos serviços, acabavam por se isentar desta responsabilidade, permanecendo como expectadores de sua execução. Bueno e Caponi (2009) observaram essas críticas em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica, que se apresentavam descontextualizadas do conhecimento das diretrizes para a atenção psicossocial. As autoras ainda descrevem narrativas acerca da Reforma Psiquiátrica, considerando-a uma “reforma de reparos, uma reforma de aparências”, na medida em que o fazer cotidiano dos CAPS trazem desafios que acabam por negar a interdisciplinaridade e intersetorialidade implicadas na situação, o que acaba por reduzir “o processo social complexo a simples e mera reestruturação dos serviços” (BUENO e CAPONI, 2009, p. 143). O estudo conclui com a coexistência de uma dualidade, muitas vezes contraditória, em que os profissionais alegam a importância da mudança e desconstrução do modelo hospitalocêntrico e, ao mesmo tempo, defendem o aumento de leitos psiquiátricos. Tais contradições também foram observadas em outros estudos, que pontuaram o risco da cronificação do usuário dentro do CAPS, repetindo assim, o modelo hospitalocêntrico em um contexto psicossocial (MELLO e

FUREGATO, 2008; OLSCHOWSKY et al., 2009)

Dada a carência de conhecimento acerca da finalidade do CAPSad e sua relação com a política de atenção do Ministério da Saúde, verificou-se a falta de clareza acerca do modelo de atenção desenvolvido no próprio serviço, sendo que cinco profissionais sequer conseguiram responder algo sobre qual modelo seria esse. Já dois profissionais responderam que a atenção é pautada *“na estratégia de Redução de danos, que consiste no respeito aos pacientes, não cobrando abstinência”*, mas orientando que *“a abstinência é o ideal”*. Esta afirmação, ainda que na direção da política nacional, aponta contradições na apropriação teórico-conceitual da racionalidade institucional, numa concepção dicotômica da redução de danos como oposto de abstinência, sem descrevê-la como um conjunto de estratégias de acolhimento à diversidade.

As concepções dos participantes descrevem indefinições e ambiguidades do próprio modelo implementado por este serviço em específico, que acaba por se refletir nas relações superficiais dos profissionais. Sendo assim, essa é uma *“via de mão dupla”*, de um lado o modelo de cuidado sendo consolidado pelas práticas cotidianas de seus profissionais, que apresentam precárias formações acadêmicas e trajetórias profissionais, com racionalidades conservadoras, não conseguindo impactar o modelo de atenção do serviço onde atuam. Por outro lado, o serviço deveria, a partir de planejamento ou supervisão clínico-institucional, ter delineado seu projeto terapêutico institucional, com clareza de seus objetivos terapêuticos, fluxos de cuidado e ambiente para desenvolvimento das relações interpessoais. No caso do CAPSad em estudo, a precarização ocorreu dos dois lados, pois tanto não havia no serviço um delineamento nos processos de cuidado e de gestão quanto os profissionais tinham perspectivas bastante conservadoras em termos de saúde mental.

Nesse sentido, o modelo de atenção neste CAPSad pautava-se pela combinação de uma racionalidade biomédica com uma racionalidade moral, de senso comum, o que pode ter implicado na efetivação de uma *“clínica degradada”*, no sentido descrito por Campos (2002), que procura reconhecer que, conforme o jogo de interesses em questão, desenvolvem-se ações paralisantes sobre a prática clínica, retirando sua potencialidade para resolver problemas de saúde. A clínica enquanto um sistema de referência, que exerce

influência sobre a materialidade das relações, dos fenômenos e dos processos, acaba forjando racionalidades, que podem potencializar a vida ou manter os usuários em seu “*status quo*”. Como conta Onocko-Campos, sobre sua experiência de supervisão clínico-institucional em CAPS:

Na nossa experiência, com supervisão institucional de vários serviços de saúde mental nos últimos anos, temos a impressão de que a doença não foi colocada entre parênteses, para recolocar o foco no doente, a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico” (ONOCKO-CAMPOS, 2009, p. 102)

Tais contradições existentes na consolidação desses serviços, que deveriam constituir alternativas ao modelo manicomial, acabam retirando a potência da clínica psicossocial e reproduzindo velhos mecanismos clínicos. Outros estudos vêm apontando para achados semelhantes, da presença de resquícios do modelo médico-hospitalocêntrico dentro dos projetos institucionais dos CAPS, quando destacam a continuidade da verticalização das relações entre profissionais, ou ainda a relação de poder estabelecida entre profissional-usuário com condutas clínicas voltadas para “prevenir os desvios de conduta” dentro dos serviços (SOUZA et al., 2007, p.213). Em outro estudo constatou-se a presença nos CAPS de dois modelos descritos na literatura, que são: modelo biomédico humanizado e modelo psicossocial com ênfase na instituição (NUNES et al., 2008). O primeiro foi percebido na postura assistencialista e vertical como a atenção é organizada, com práticas pedagógicas e disciplinadoras. Já o segundo foi verificado nas tentativas em se trazer os paradigmas da luta antimanicomial para a atenção, restringindo-se ao campo teórico e sem ultrapassar os limites da unidade, negligenciando a ação territorial. Sendo assim, a pauperização do cuidado no CAPS se consolida na fragilidade teórico-técnica e política da equipe, da mesma forma como foi possível constatar na presente pesquisa.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados apontaram um serviço composto por trabalhadores com trajetórias acadêmicas e profissionais bastante diversificadas entre si e com significativa experiência na atuação no serviço público, condição que, na

maioria das vezes, serviu mais para justificar os “jogos de poder” presentes nos processos da dinâmica institucional, do que para qualificar a atenção aos usuários. Por outro lado, a experiência com a demanda específica de usuários de álcool e outras drogas mostrou conhecimento técnico especializado bastante elementar o que, aliado à compreensão parcial da política da atenção psicossocial e do campo AD, acabou por limitar a construção de um projeto terapêutico institucional comum ao serviço, distanciando-se, assim, de uma das principais funções dos CAPS, que é a organização da rede de atenção em saúde mental.

A racionalidade conservadora observada, advinda do hibridismo entre o predomínio da lógica biomédica aliada a um modelo moral, fragilizou a estratégia de atenção psicossocial, distanciando-se dos princípios teórico-técnicos da política em vigor, na época da pesquisa, pauperizando o cuidado ao usuário. Nesse sentido, consolidou-se uma clínica degradada, que acaba por munir os argumentos de muitos críticos da RAPS e do modelo psicossocial, que se valem destas fragilidades e de outros atravessamentos tais como, interesses econômicos corporativos, políticas de saúde municipais deficientes, ineficiência na gestão dos serviços, conservadorismo das formações profissionais, entre outras, para criticar o modo psicossocial enquanto dispositivo clínico e a RAPS enquanto sistema de atenção em saúde mental. Este expediente tem propiciado a criação de uma “cortina de fumaça” por parte dos críticos da RAPS, defensores do retorno ao modelo psiquiátrico tradicional, que desconsideram que a pauperização do cuidado na RAPS advêm, justamente, do modelo que defendem: a permanência de forças conservadoras, centradas no modelo biomédico e seu foco na doença e seu controle externo, por contenção ou medicalização, com relações institucionais hierarquizadas, instrumentalizadas em uma racionalidade jurídico-moral, que ainda se fazem presentes no cotidiano de muitos serviços.

É preciso considerar, também, as ingerências políticas municipais e nacionais que atravessam a gestão dos serviços, com vistas a não simplesmente culpabilizar os profissionais por toda a pauperização do cuidado constatada, pois há questões de ordem infraestrutural, material e financeira, fragilidades e conservadorismo das formações profissionais e falta de uma política de educação em serviço, entre tantas outras dimensões, que os tornam

“metade vítimas e metade cúmplices” da situação.

Como analisam Lavrador e Ribeiro (2015), existem tendências de atuação, relações de forças, estratégias clínicas, que mais do que verdades prontas e definitivas, são linhas de forças que estão em jogo dentro dos CAPS. Por isso mesmo, estas devem ser tomadas como questão, para que o modo psicossocial possa rever suas trajetórias e ganhar fôlego para consolidar-se na direção preconizada por uma clínica ampliada, centrada no sujeito e em sua produção psicossocial em contexto. Desafio que se agiganta no momento atual no Brasil, de mudanças e retrocessos na política de saúde mental.

Como afirmam Pinho et al. (2009), a potência da clínica psicossocial encontra-se associada ao reconhecimento do usuário dos serviços de saúde como um sujeito portador de direitos, como cidadão, em um ambiente que vise sua autonomia e criatividade. Urge, portanto, a necessidade de uma formação permanente, formação em serviço, que apresente não somente as questões básicas preconizadas pela política de atenção, mas que aprofunde a dimensão teórico-técnica da clínica da atenção psicossocial, assim como a dimensão epistemológica da compreensão crítica do sofrimento psíquico. Indica-se, também, a necessidade de subsidiar a gestão do serviço, através de planejamento estratégico que auxilie na redefinição de um fluxograma de atendimento; na descrição de cada atividade desenvolvida, bem como a inserção destas em um projeto terapêutico coerente com as necessidades do usuário; além de um plano de acolhimento na inserção de novos funcionários na unidade, evitando práticas divergentes e atuando na resolução de possíveis conflitos.

Também se faz importante a organização do dispositivo da supervisão clínico-institucional como complemento na elaboração e efetivação de um modelo de atenção em álcool e outras drogas para o serviço estudado, visto que a presença de um observador externo poderá facilitar a ressignificação dos atores envolvidos quanto ao real papel do CAPSad dentro da rede de atenção, uma vez que não estava exercendo de forma efetiva a função de referência para a rede assistencial disponível no território ao qual se encontra inserido.

O presente estudo apresenta algumas limitações: como estudo de caso, seus achados são adscritos ao contexto estudado, dadas as singularidades dele advindas, sendo necessário cuidado para a generalização para a

realidade de toda RAPS. Faz-se necessários mais estudos de caso, com achados semelhantes, que possibilitem discussões mais gerais sobre a eficácia do cuidado na Atenção Psicossocial, além, também, de estudos avaliativos de caráter mais quantitativos, que visariam a mensuração da efetividade e do impacto social. Por outro lado, o estudo não entrevistou outros atores da Rede de Atenção Psicossocial da cidade, para além do CAPS analisado, sendo que o preconizado pela RAPS é sua articulação em rede. Sendo assim, faltou levantar o ponto de vista de outros profissionais da RAPS e dos gestores municipais para complementar a visão obtida. Da mesma forma, indica-se a necessidade de levantar as concepções de usuários e da comunidade envolvida, que auxiliaram na ampliação dos olhares sobre a complexidade envolvida na qualificação da clínica da atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, PDC. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BERTOLINO, P. Sistema de Racionalidades. **Núcleo Castor - Estudos e Atividades em Existencialismo**, 2005.

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28 (3), p. 632-45, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2ª ed. (rev. ampl). ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**, Brasília. Ministério da Saúde, 2011.

BUENO, MLS; CAPONI, Sandra. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu-SP, v. 13, p. 137-50, jan./mar. 2009.

CAMPOS, GWS. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.

In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CRUZ, MS. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O; MEDEIROS, R. (Orgs.).

**Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-24.

FARIA, JG; SCHNEIDER, DR. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, dez. 2009

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1997.

HOWARD, V.; HOLMSHAW, J. Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, Oxford, England, UK, v. 17(10), p. 862-72, 2010.

LAVRADOR, MCC; RIBEIRO, WL. As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 91-98, dez. 2015.

MACHADO, AR; MIRANDA, PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821. Set. 2007.

MELLO, R; FUREGATO, ARF. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12 (3), p. 457-64, set. 2008.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13(1), p. 121-133, 2008.

MULLER, SAO; MORENO, V. Acolhimento e saúde mental: revisão sistemática da literatura. **Revista Uningá**, Maringá, v. 38, p. 123-133. out./dez. 2013.

NUNES, M; et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (1),

p. 188-196, 2008.

OLABUENAGA, JIR. **Metodología de la investigación cualitativa**. 2ª. ed. Bilbao, España: Universidad de Deusto, 1999.

OLSCHOWSKY, A; et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz de Iguaçu. **Revista da escola de enfermagem - USP**, São Paulo, v. 43(4), p. 781-7, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, RT; et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 (Supl. 1), p. 16-22, 2009.

PINHO, PH; et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Revista da escola de enfermagem - USP**, São Paulo, v. 43(Esp.2), p. 1261-6, 2009.

PONTES, PAR; FRAGA, MNO. Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 5 (nº esp.), p. 45-50, 1997.

REBOUÇAS, D; et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (3), p. 624-632, 2008..

REZENDE, MM. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. **Revista Biociências de Taubaté**, Taubaté-SP, v. 6(1), p. 49-55, 2000.

SCHNEIDER, DR. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(3), p. 621- 32, 2010.

SILVA, GM; et al . Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 7, n. 2, p. 161-167, dez. 2015 .

SOUZA, J; et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: Novas propostas, novos desafios. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15(2), p. 210-17, 2007.

TESSER, CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25(8), p. 1732-42, 2009.

TESSER, CD; LUZ, MT. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7(2), p. 363-372, 2002.

TESSER, CD; LUZ, MT. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13(1), p. 195-206, 2008.