

**ANTROPÓLOGA NA SAÚDE MENTAL?:  
Relato de experiência em uma equipe multiprofissional de saúde<sup>1</sup>**

*Anthropologist in mental health?: experience report in a multiprofessional  
health team*

Jarissa Santos

Mestra em Antropologia (PPGA/UFPB), e técnica da área técnica de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde do estado da Bahia.

Maurice de Torrenté<sup>2</sup>

Antropólogo, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia.

**RESUMO.** O objetivo deste artigo é trazer o relato de experiência de uma antropóloga em uma equipe multidisciplinar em saúde coletiva com área de concentração em saúde mental na cidade de Salvador, Bahia. A partir desta inédita composição de equipe de saúde mental, será discutido o processo de reforma psiquiátrica, o que possibilitou novos olhares transdisciplinares frente à assistência as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico. A atuação se deu em instituições públicas da capital que se propõem substitutivas ao modelo manicomial de isolamento. Considero, portanto, que esta experiência abre portas para novas oportunidades de exercício do cientista social no mercado de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental. Cientista social. Reforma psiquiátrica. RAPS.

**ABSTRACT.** The aim of this paper is to report an anthropologist's experience in a multidisciplinary team in Collective Health with emphasis in mental health in Salvador – Bahia. From this unprecedented mental health team composition we discuss the psychiatric reform process. This reform provided new transdisciplinary views concerned to the care of people who suffer psychiatric issues. The experience described in this

---

<sup>1</sup> Dedico este artigo aos ricos encontros que tive com as pessoas que, apesar de seus sofrimentos, acolheram-me grandemente. A todas as residentes, tutoras, preceptoras, profissionais das instituições que me conduziram nesse remelexo de teorias, práticas e sentimentos – em especial a Ana Paula, Anne Sullivan e Maurice de Torrenté.

<sup>2</sup> A escrita do texto trará, em alguns momentos, a primeira pessoa do singular, o que significa identificar a experiência vivida pela residente. Contudo, a construção deste texto e o processo formativo de dois anos foram, especialmente, orientados por Maurice de Torrenté.

paper occurred in Salvador public institutions that aim to substitute asylum model which isolates people. This experience, therefore, provides new opportunities to social scientist in the job market.

**KEYWORDS:** Mental health. Social scientist. Psychiatric reform. RAPS.

## INTRODUÇÃO

Este artigo traz um relato da experiência junto ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva (RMSM/ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de maio de 2014 a maio de 2016. Vivência de uma cientista social/antropóloga partilhada com uma equipe de profissionais/residentes composta por três terapeutas ocupacionais, três bacharéis em saúde coletiva, duas profissionais de educação física, três psicólogas, duas assistentes sociais e por mim – o que somou quatorze profissionais<sup>34</sup>.

Estas profissionais foram divididas em quatro miniequipes, com o intento de que cada grupo contasse com o mínimo de representatividade das diferentes categorias profissionais. A miniequipe de que fiz parte, por exemplo, foi composta por uma psicóloga, uma profissional de Educação Física e eu enquanto cientista social/antropóloga. Formados os minigrupos, estes atuaram em quatros espaços públicos de assistência à saúde mental na cidade de Salvador-BA: um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil – CAPSia; um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; uma instituição destinada ao cuidado de pessoas com uso problemático de drogas e a Gestão em saúde mental de um Distrito Sanitário da capital baiana. Em cada campo, as miniequipes atuaram em média cinco meses. Terminado o período, havia a troca com outra miniequipe, o que fez com que a RMSM atuasse nos serviços durante dois anos – tempo de atuação e carga horária orientados pela portaria Interministerial MEC/MS 1.077 de 12 de novembro de 2.009 que regulamenta as residências multiprofissionais no país.

---

<sup>3</sup>Fizemos a escolha de tratar as equipes de profissionais nos termos femininos da língua portuguesa, pois a maioria delas é composta por mulheres. Já o grupo de usuários/usuárias, por questões de ordem quantitativa, mantivemos no masculino.

<sup>4</sup>O edital de seleção abriu vagas para pessoas com graduação em Ciências Sociais. O destaque à Antropologia se dá por minha maior identificação com esta disciplina. No edital foram abertas duas vagas para cientistas sociais, porém, um candidato não pôde assumir a função e a outra pessoa convocada, por questões de força maior, não concluiu o curso.

Vale ressaltar a compreensão do caldeirão de multi, inter e transdisciplinaridade que se prega na atuação dessas residências. Como aponta Matos et al (2010, p. 778), o elemento primordial é a

Interação (que) é entendida como uma prática comunicativa que se caracteriza pela busca de consensos entre os/as envolvidos/as no processo de trabalho em saúde, de modo que estes/as possam argumentar, reciprocamente, em relação ao trabalho cotidianamente executado e construir um projeto comum.

Assim, foi necessário o estabelecimento de diálogos entre os diversos saberes frente à atuação com os casos, projetos desenvolvidos, compreensão teórica sobre os fenômenos etc. Neste sentido, nomeamos a partir do que define Campos (2000) a relação de troca entre saberes:

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O **núcleo** demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o **campo**, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000, p. 220, grifo do autor).

O acompanhamento teórico/prático das residentes nos campos de álcool e outras drogas, gestão em saúde mental e transtornos mentais em geral se deu por seis tutoras de campo – que ficaram responsáveis pela orientação das miniequipes nos serviços de saúde. As mesmas tutoras se dividiam na função de tutoras de núcleo - cada uma orientando uma categoria profissional, como no meu caso, fui acompanhada por um antropólogo durante os dois anos de formação. Contávamos também com o apoio das preceptoras – que são profissionais de referência das instituições em que atuamos.

Nossa organização, dentro das 60 horas semanais, desenrolava-se de segunda a sexta feira nos serviços em que estávamos designadas – sendo um turno de encontro semanal de todas as miniequipes com as tutoras e a coordenação da residência no ISC/UFBA. Nesta programação que chamarei de acadêmica, desenvolviam-se os seminários integrados – onde as miniequipes apresentavam casos clínicos ou algum projeto que estivessem desenvolvendo nas instituições. Quinzenalmente, durante o primeiro ano do curso, tivemos aula junto com os programas de residência em doenças

cardiovasculares e saúde da família, ambos também do ISC/UFBA – o que era nomeado de encontros do tronco comum – e onde tínhamos discussões sobre saúde coletiva. Também nesse primeiro ano de curso, aconteceram quinzenalmente aulas aos sábados sobre os mais diversos temas ligados à saúde mental.

Considero de grande relevância o investimento no âmbito educacional, posto que promove uma ação assistencial calcada em problematizações teóricas que produz uma importante diferença no processo formativo e na prestação no cuidado à saúde das pessoas. Como veremos adiante, a atuação das instituições de saúde acaba por acontecer de maneira pouco problematizada, sendo tomada pelo ínfimo ou por nenhum investimento da gestão pública no âmbito da educação permanente dos profissionais.

A RMSM se iniciou no ano de 2008 e, desde a primeira composição das equipes de residentes, cientistas sociais já estavam presentes. Desde então foram formadas três turmas, sendo que dentre as profissionais, quatro são cientistas sociais. O programa é pioneiro na inserção de cientistas sociais na equipe multidisciplinar de saúde, pois é uma categoria que não está incluída no que define a Portaria Interministerial MC/MEC 1.077, de 12 de novembro de 2009. O documento institui as seguintes categorias: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2009). Contudo, vale frisar que essa inovação da RMSM foi aprovada pelas agências financiadoras do âmbito federal e estadual responsáveis pelos programas de residência (TORRENTÉ; PRATES; BORGES, 2015).

A inserção das cientistas sociais na equipe multidisciplinar em saúde mental nos convida, especialmente, a refletir sobre o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Reforma esta que objetiva desconstruir o modelo hospitalocêntrico e biomédico até então investidos no cuidado das pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico. Pautada no sujeito, e não mais na doença, busca entendê-lo a partir de suas variáveis e não coisificá-lo. Uma das principais premissas dessa nova metodologia de cuidado é a noção de territorialidade. Assim, tem por meta acabar progressivamente com o isolamento em “instituições totais” que, nos termos de Goffman (2010), tem como fundamento o controle das necessidades básicas humanas pela organização burocrática<sup>5</sup>. Destarte,

---

<sup>5</sup> Chamamos atenção para o uso das aspas duplas, que aqui identifica citações diretas. Já as aspas simples foram utilizadas para evidenciar algum termo nativo.

[a] desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo (AMARANTE, 1995, p. 494).

Tendo isso em vista, a Reforma Psiquiátrica avança sobre a atenção em saúde mental de maneira psicossocial, promovendo novas formas de produzir cuidado e um olhar atento para a vivência do sofrimento psíquico dentro de uma determinada comunidade. Assevera-se na contribuição das ciências sociais neste campo, tendo em vista que esse programa de residência propõe práticas pautadas no entrelaçamento de fenômenos a partir de suas determinações biopsíquicas, sociais, econômicas e culturais (NUNES, 2015). Nestes termos, a expertise das Ciências Sociais pode colaborar de maneira significativa. Como defende Nunes (2015, p. 34)

O fazer da residência, até certo ponto, assemelha-se ao que Geertz (1978) chamou de fazer etnográfico, uma vez que o registro e a análise sobre esse fazer nascem da observação participante e da busca de ascender a um segundo nível de análise da realidade realizada pelos diversos agentes, ou seja, uma análise que faça dialogar informações e interpretações.

Historicamente, a Antropologia da saúde/doença tem se dedicado à desconstrução da racionalidade biocentrada ao afirmar que os processos de adoecimento transcendem a realidade orgânica do sujeito. É nesse fio condutor que a Psiquiatria transcultural reside, sendo uma das especialidades da Antropologia médica. Contudo, isso não significa colocar os diferentes saberes em pólos opostos, mas depreender que a Antropologia, com seu conhecimento, irá somar ao encarregar-se de compreender a influência dos fatores socioculturais sobre o fenômeno do sofrimento psíquico (HELMAN, 2003).

Ao dedicar-se aos aspectos socioculturais, a Antropologia contribui para diversas esferas no campo da saúde, especialmente no que concerne à influência das significações do sujeito sobre a adesão ou não a determinadas formas terapêuticas. Leila Jeolás (2004) ao relatar a experiência de um projeto de extensão junto a uma equipe de saúde, aponta a disparidade de interesses e discursos dos profissionais e dos adolescentes assistidos pela instituição acerca das percepções de risco no campo da

saúde reprodutiva. Ao refletir sobre a categoria “risco”, a autora traz a significação dos jovens sobre o contágio do vírus HIV ou mesmo uma gravidez não planejada como algo que está atrelado às forças do destino. Assim, as estratégias de prevenção destinadas a este público precisam atentar para as peculiaridades dos processos de significação:

Para o antropólogo, a prevenção é uma noção que só pode ser manejada em função dos conteúdos/significados que lhe são conferidos por diferentes grupos e culturas. Portanto, a própria noção de prevenção é uma construção cultural e os comportamentos ditos de prevenção só podem ser estudados e entendidos em relação ao conjunto das representações da doença, do corpo, da infelicidade e do mundo (e do risco também) às quais aderem os indivíduos. (JEOLÁS, 2004, p. 101).

Coadunando com a necessária atenção aos aspectos socioculturais de prevenção e risco, Knauth, Victora e Leal (1998) – em pesquisa realizada em um bairro da cidade de Porto Alegre – apresentam também o quanto as significações que as pessoas atribuem ao processo de saúde/doença e a eficácia terapêutica estão intimamente entrelaçados. As autoras mostram o quanto a relação de parentesco e proximidade entre as pessoas não estabelecia estranhamento frente à soropositividade, o que gerava certa banalização. Aos olhos das pessoas que vivem nesta comunidade, existem outros problemas sociais que as preocupam mais. Logo, as autoras consideram que estratégias de cunho prescritivo não funcionam.

É por essa linha que a política da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (BRASIL, 2011) traz outros princípios que descentralizam do campo biomédico o saber sobre o sofrimento psíquico, compreendendo o sujeito de maneira contextualizada. A RAPS busca transcender o cuidado dos tradicionais atendimentos psicoterápicos e medicamentosos. Assim, traz como uma de suas diretrizes a diversificação das estratégias de cuidado. Destarte, estratégias de intervenção pensadas a partir do olhar cultural são reconhecidas em seu potencial terapêutico, possibilitando reflexões que são, em grande medida, familiares ao “núcleo” (CAMPOS, 2000) das Ciências Sociais. Para além do arcabouço acadêmico adquirido na graduação, pensar sobre o papel da cientista social/antropóloga em uma equipe multiprofissional em saúde mental é importante, pois, como salientam Torrenté, Prates e Borges (2015), é fundamental levar em consideração o perfil e a trajetória profissional da residente. Como poderemos ver, a atuação das residentes exige técnica afetiva e efetiva na assistência às pessoas em

sofrimento psíquico. Os autores dão ênfase à importância de outras aptidões pessoais que possam contribuir de maneira significativa nas ações, algo que foge aos ditames de cada “núcleo”, como, por exemplo, possuir alguma afinidade com as artes seria algo que poderia produzir novos fazeres clínicos.

Antes de apresentar as ações desenvolvidas enquanto residente, vale ressaltar que o programa de residência identifica clínica e politicamente suas práticas como antimanicominais, pois tem o “[...] desejo de formar sujeitos que participem ativamente da construção e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse sentido, ela assume um compromisso e toma partido da desinstitucionalização das práticas de saúde mental [...]” (NUNES, 2015, p.39). Portanto, como era de se esperar, as ações apresentadas a seguir aconteceram em espaços e instituições de caráter substitutivo ao modelo asilar, como a rua, as casas das pessoas, em instituições dos bairros, onde a vida acontece. Começamos, então, pelo “campo” da infância e adolescência.

### CAPSia

O CAPSia foi a primeira instituição que a miniequipe da qual fiz parte atuou, entre os meses de maio e novembro de 2014. Este serviço está localizado em um bairro popular de Salvador, ao lado de um hospital psiquiátrico do Estado. É responsável por atender, junto com outro CAPSia, toda a população infanto-juvenil da capital – informação que considero de suma importância para compreender a dinâmica da instituição. A maioria dos usuários é proveniente das camadas populares, com grande representatividade do sexo masculino, cor/raça negra e faixa etária entre um ano e dezoito anos. As suspeitas diagnósticas que mais se apresentavam eram os transtornos globais do desenvolvimento (a maior parte autismo), déficit cognitivo, esquizofrenias e, o que nos chamou atenção, o transtorno de conduta<sup>6</sup>.

Durante as primeiras semanas, nossa participação se deu a partir de um mapeamento do funcionamento do serviço, com o objetivo de saber quais eram e como aconteciam as oficinas e grupos terapêuticos, o espaço de acolhimento, dentre outras ações – dinâmica de aproximação com o campo que se desenrolou da mesma forma nas

---

<sup>6</sup> Diagnóstico que merece ampla reflexão, pois, como todo o campo da saúde mental necessita de análise sociocultural, consideramos que este merece maior cautela, por se tratar, grosso modo, de comportamentos desviantes – o que convida a uma reflexão não apenas individual, mas coletiva. Pela complexidade dos fatos, ao naturalizar o diagnóstico, podemos cair no erro da medicalização da vida, em seus termos negativos.

outras instituições que passamos. Findada a exploração inicial do campo, que durou cerca de duas semanas, escolhemos os grupos e oficinas que mais nos interessavam. Fazíamos uma divisão para que cada residente ficasse em espaços diferentes. Durante as reuniões técnicas, fomos escolhendo e sendo escolhidas para dar suporte nos acompanhamentos dos usuários considerados como casos mais complicados no momento. Outra demanda colocada pela coordenação e tutoras da residência era que, a partir das demandas do serviço, elaborássemos algum projeto intervenção.

Assim, começo adentrando nesse universo da clínica em saúde mental, algo relativamente próximo, em razão das experiências de pesquisa, e distante pelo fato de estar na assistência, no cuidado direto às pessoas. Especialmente de crianças e adolescentes, público que, até então, eu não havia tido contato em minhas pesquisas. Na tentativa de relatar o máximo possível das ações desenvolvidas, apresentarei a partir de tópicos cada serviço que atuamos. Dentro dos limites de um artigo, nosso intento com estas descrições é tornar, o mais amplamente visíveis nossas atuações.

### *Grupo de Estudos*

Começamos por essa atividade necessária e de manutenção desafiadora: revitalizar o Grupo de Estudos. É mister discutir a relevância das práticas pedagógicas em saúde, sobretudo aquelas referentes ao contexto da saúde mental. O intento deste espaço era promover um ambiente em que o trabalho em saúde mental tivesse “atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005, p.976). Ainda mais porque algumas profissionais reclamavam do fato de não terem tido formação para atuar na área; da falta de investimento do município em espaços de qualificação ou mesmo por terem experiências clínicas construídas a partir da lógica manicomial.

Buscou-se instituir um ambiente de socialização de experiências e interlocução constante junto ao grupo de profissionais do CAPSia, por meio do qual explanávamos e debatíamos textos, analisávamos as demandas dos casos e refletíamos sobre a estrutura e os afazeres do serviço. Entretanto, diante de alguns percalços, apenas dois encontros aconteceram. Uma das principais razões era que, diante das inúmeras demandas feitas para a equipe de profissionais da instituição, o espaço de estudos foi percebido como mais um ‘peso’. Outro motivo que pudemos notar foi a não compreensão, por parte de um segmento da equipe, do grupo de estudos como um espaço importante no

fortalecimento do seu processo de trabalho. Contudo, acreditamos que a não participação de alguns se dava em razão da falta de tempo, pois o tempo dedicado ao grupo poderia ser investido em uma visita domiciliar, no preenchimento de dados dos prontuários, dentre outras atividades tradicionalmente consideradas próprias e oficialmente exigidas pelo serviço.

### *Projeto ‘Sala De Espera’*

Sempre iniciávamos um trabalho com inúmeras expectativas, com grandes desejos, com aquele gás de profissionais entusiasmadas com o universo da saúde mental, convocadas a sermos inventivas. Levando em consideração o tempo relativamente curto que teríamos para atuar na instituição, os dias estavam se passando e precisávamos conhecer a realidade daquele lugar e pensar em algo que fosse de interesse tanto para a equipe de profissionais do CAPSia quanto para os usuários e cuidadoras.

Esse foi um dos meus primeiros incômodos ao ocupar o lugar de residente. Diferentemente de minha formação no “tempo antropológico” (JEOLÁS, 2010), da pesquisa que demanda considerável prazo para o conhecimento profundo, eu era convocada a agir no “tempo clínico” (JEOLÁS, 2010) que solicita respostas um tanto imediatas frente os problemas de adoecimento. Contudo, fui aprendendo a lidar com esse novo relógio.

Nos primeiros dias já começamos a perceber o quanto a espera por atendimento incomodava as crianças e adolescentes que ali estavam, bem como as profissionais que sempre eram abordadas com perguntas do tipo: ‘Vai demorar para doutora atender?’, ‘Que horas começa o grupo?’. Então, pensamos em tornar o tempo de espera em algo lúdico, interessante e menos maçante. Diante disso, reconhecemos tamanha importância e reativamos esse espaço já desenvolvido por turmas de residentes de anos anteriores. Esta foi uma iniciativa não só nossa, mas também de algumas técnicas e estagiárias que passaram pelo serviço. Fizemos um pequeno projeto e apresentamos em reunião técnica, o que foi unanimemente aprovado.

A sala de espera configura-se enquanto um espaço motor de uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH do SUS: o acolhimento. Mecanismo que busca a relação calcada no respeito, no cuidado humanizado (BRASIL, 2006). Sala de espera não necessariamente acontece em uma sala e, portanto, como afirma Texeira e

Veloso (2006), é uma atividade de caráter polissêmico por fugir do engessamento que muitas vezes os espaços são pensados nas instituições. Logo, as atividades propostas foram desenvolvidas em diferentes lugares e conduzidas, prioritariamente, pelos desejos dos usuários.

Retomamos o espaço enfatizando a liberdade, ofertando possibilidades sem que as profissionais estivessem necessariamente no controle das atividades. Deixamos disponíveis alguns brinquedos e livros de livre escolha pelos usuários, onde ficamos no lugar de coadjuvantes, possibilitando maior investimento e interação das cuidadoras com as crianças e adolescentes nesse processo. Outras atividades foram realizadas, como colorir o espaço do CAPSia, tão marcado por características ambulatoriais.

Buscamos potencializar uma das premissas trazidas pela PNH que é a autonomia, entendida como mecanismo que possibilita protagonismo dos usuários, algo fragilizado na área de saúde mental devido à historicidade de preconceitos marcados neste campo. Ademais, quando se trata de crianças, esse é um aspecto pouco estimulado. Diante do princípio que é sair do lugar enrijecido da clínica tradicional, esse projeto buscou proporcionar maior fluidez na sala de espera.

Além de materializar a sala de espera com instrumentos que tornassem o aguardo criativo, iniciávamos uma importante ação que é acolher quem chega. O que apresentamos de maneira mais detalhada abaixo.

### *Acolhimento*

O ato de acolher não se dá, necessariamente, em um tempo e espaço fechado. Contudo, quando uma dupla de profissionais, dentro de uma sala destinada para escuta do usuário e seu acompanhante (tendo em vista que são crianças e adolescentes, recomendava-se o acompanhamento de alguém maior de idade), este momento é oficialmente nomeado de acolhimento. Esse espaço tem por objetivo escutar de forma qualificada a demanda daqueles que chegam à instituição e, a partir daí, ‘identificar se é caso para o CAPSia’. Momento esse que quase sempre deixava certa ‘pulga atrás da orelha’. Como mensurar sofrimento? Como saber se o sofrimento é ‘severo’ ou não? Porém, a seleção era necessária.

A instituição não tinha como matricular todos os casos que chegavam. Assim, a solução era encaminhar para outro lugar de cuidado – tentativa nem sempre bem-sucedida em razão da falta de vagas também em outras instituições. Como dito acima,

são apenas dois CAPSia no município, o que dificulta a admissão das pessoas para atendimento.

É mister falar sobre esses entraves, pois na análise do que é ou não caso para a instituição, alguns talvez deixassem de ter o peso necessário por falta de tempo e espaço para observar de forma mais detalhada a todos. O momento considerado oficial do acolhimento nos fazia refletir sobre o fundamental processo de educação permanente – das residentes e da equipe como um todo. Minha atuação neste espaço acabou não se dando com tanta frequência. Geralmente, uma vez por semana eu estava junto a uma dupla de profissionais. Com regularidade, chegavam adolescentes em sofrimento psíquico em decorrência de suas vivências de gênero e sexualidade que fugia a heteronormatividade. Seriam estes casos para o CAPSia?

Como apresentam Buss e Pellegrini Filho (2007), os Determinantes Sociais em Saúde – DSS, como os aspectos étnicos/raciais, culturais, econômicos etc. são de fundamental importância para a compreensão das iniquidades em saúde, onde as características da vida em sociedade interferem nos modos de adoecimento das pessoas. Questões de gênero merecem atenção no tocante ao sofrimento psíquico. Contudo, alguns profissionais, por falta de investimento de educação permanente neste universo ou mesmo por escolha moral, acabavam por atuar de forma preconceituosa.

A dificuldade de manejo frente às questões de gênero e sexualidade no campo da saúde convida à necessária problematização do imperativo ético na assistência em saúde. A expertise antropológica, destarte, colabora para a relativização destes e outros determinantes sociais em saúde, ao desnaturalizar tais questões. Nádia Meinerz (2011) nos conta sobre um “causo” discutido antropológicamente por ela junto a uma equipe de atenção básica que apresentou dificuldades na condução de um caso, uma vez que ele gerava “impasses classificatórios” sobre gênero e sexualidade. Como diz a autora,

Mais do que desafios, quero argumentar que os “corpos que escapam” colocam uma série de impasses no cotidiano dos serviços de saúde. As dificuldades se devem, em grande medida, à legitimidade que a naturalização das convenções corporais e das fronteiras entre normalidade e anormalidade assume no campo da saúde (MEINERZ, 2011, p. 51).

Apoiadas em experiências como esta, elaboramos um projeto que dialogasse sobre questões de gênero, raça e sexualidade a partir de instrumentos pedagógicos como

filme, textos etc. Contudo, mais uma vez, o projeto não aconteceu devido aos mesmos problemas de ‘tempo’. Estarmos atentas a essas questões que nos chegavam se faziam necessárias já que

O acesso e o acolhimento estão imbricados, pois é o desenho do serviço que potencializa ou não esse acesso, e o modo como o acolhimento é feito é determinante para os desdobramentos do atendimento. Em outras palavras, acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas. O acolhimento exige, por um lado, uma ação imediata (urgência) e, por outro um intervalo de tempo para a resposta (traçar a conduta). Este é o momento de um diagnóstico da situação, de uma primeira abordagem do que se apresenta (SCHIMIDT; FIGUEIREDO, 2009, p.136).

Frente à fragilidade técnica de algumas profissionais no que diz respeito aos DSS's e a responsabilidade de atender um grande número de casos, coaduno com Mendes (2010) que argumenta que a preocupação no acolhimento não seja só com os usuários, mas com as condições de trabalho das profissionais. Assim, ratifico a indispensabilidade dos processos de educação permanente, pois percebia a partilha de sofrimento de algumas profissionais orientadas moralmente que junto às cuidadoras sofriam com seus filhos e filhas na identificação de gênero contrário ao esperado socialmente, por exemplo.

#### *Grupo ‘Expressão Livre’*

A escolha deste grupo se deu pelo interesse em trabalhar com o público alvo a que ele se destina: adolescentes com variados diagnósticos psiquiátricos. Contudo, tinha um perfil de jovens mais ‘comprometidos’, considerados com maiores dificuldades de socialização. O grupo acontecia semanalmente às sextas feiras pela manhã. A frequência de usuários girava em torno de 06 adolescentes e contava com três profissionais do serviço e, durante o estágio da residência, comigo. As atividades, geralmente, eram realizadas em espaços fora do CAPSia. E como o nome suscita, apesar de serem elaboradas pelas profissionais, primava pela livre expressão. Seja na ida ao parque ou a uma praça, os usuários faziam o que mais interessava nesses espaços – ‘jogar conversa fora’, praticar exercícios na academia popular das praças ou jogar bola, por exemplo.

O principal lócus de atividade do grupo era fora dos muros do CAPSia, e as saídas refletem claramente sobre como, ainda hoje, para alguns usuários seu ambiente social é restrito à casa. Muitos foram pela primeira vez aos espaços a partir da visitação proporcionada pela instituição. A clínica fora do espaço institucional experimenta outro jeito de atender para além dos tradicionais modos de cuidar. Seja nos espaços que visitamos ou mesmo no caminho até o local programado, fazia-se também atendimento. Sempre era conversado com os usuários sobre o lugar para o qual estivéssemos indo, se já haviam frequentado, com quem foi e como foi eram questões disparadoras para que compreendêssemos um pouco da dinâmica social daqueles sujeitos.

### *Grupo viver*

Este espaço era voltado para as crianças, entre 02 e 05 anos, diagnosticadas com transtorno do espectro autista. O atendimento acontecia semanalmente às segundas feiras pela manhã, no espaço de tempo de uma hora, em média. Era conduzido por duas profissionais e por mim. A frequência era em média de cinco crianças. Com regularidade, o grupo acontecia em uma das salas do CAPSia, onde estava o maior aparato de brinquedos disponíveis para as crianças. A sala contava com uma piscina de bolinhas, o brinquedo mais atrativo para muitas crianças; e outros jogos de montar, carros, massa de modelar entre outros objetos. A partir da oferta destes instrumentos, o objetivo do grupo era proporcionar espaço de interação.

No processo de avaliação do grupo, percebemos a necessidade de extrapolar o espaço físico do CAPSia e conhecer essas crianças para além dos muros protegidos da instituição. Então, a equipe pensou em, de acordo com as mães, atender as crianças em locais externos. Os passeios aconteceram em ambientes como praças e parques. Como a experiência de isolamento vivida pelos adolescentes, as crianças deste grupo também vivenciavam a segregação e preconceito, o que as limitava ao espaço do lar ou de instituições para o cuidado em saúde. Isto nos leva a ratificar a ideia de que reformar o modelo psiquiátrico está para além de sair dos muros físicos de instituições. É necessário derrubar muros simbólicos que separam esses sujeitos de uma vida em liberdade e com possibilidades de projetos de vida.

Considero o grupo Viver como um espaço de grande potencialidade no serviço, apesar do pouco investimento material e de educação permanente da gestão municipal frente às necessidades específicas das pessoas que vivem com transtorno do espectro

autista. É um espaço que permitia às crianças, muitas vezes marcadas pela ideia de impossibilidades, inventar novas formas de estar no mundo.

## CASOS QUE NOS CAUSAM

Vale ressaltar que a alta exigência emocional, representada pelas ações em saúde mental, especialmente expressa pela complexidade dos casos clínicos e contextos, faz com que a dimensão afetiva deva ser considerada como muito relevante na formação dos residentes e nos seus efeitos (NUNES, p.32, 2015).

Estar responsável pelo cuidado de pessoas foi algo que me mobilizou bastante. O receio de não saber fazer veio junto da ousadia alimentada pelo suporte teórico/técnico aprendido no processo de formação. Durante os dois anos, a partir da lógica de intensificação de cuidados, acompanhei cinco casos nos diferentes espaços em que atuei. Com grande respeito e afeto, afirmo que foram meus principais mestres e mestras na construção em me tornar técnica em saúde mental. Como afirma Jeolás (2010), é necessário o reconhecimento de que profissionais de saúde são mediadores no processo de saúde e doença das pessoas, pois não é cabível ações de cima para baixo. Foi com o esforço de cogestão do cuidado que atuei frente aos casos de Glauber Rocha, Maria Felipa, Castro Alves, João Ubaldo Ribeiro e Dandara de Palmares<sup>7</sup>. De forma sucinta, apresento-lhes um dos meus mestres e suas principais questões.

Castro Alves é um adulto que contava com 37 anos durante o período em que o acompanhei junto com a equipe técnica do CAPS II e outra residente psicóloga. Ele foi admitido na instituição por encaminhamento de um hospital psiquiátrico do qual havia acabado de sair da internação. Quando acolhido no CAPS em 2009, as principais queixas trazidas pela mãe eram: agressividade, insônia, conflitos familiares e extrema vulnerabilidade socioeconômica. O que marca o acompanhamento terapêutico de Castro Alves é a relação de constantes conflitos com a mãe que apresentava uso problemático de álcool, importante processo de adoecimento psíquico e outras questões clínicas. Estas questões demandavam aproximação e investimento de possibilidades de cuidado para ela também.

O marco no histórico de assistência à saúde mental do usuário é que, segundo sua mãe, até o momento de sua chegada ao CAPS II, ele viveu cerca de quarenta

---

<sup>7</sup> Todos os nomes utilizados aqui são pseudônimos. A escolha destes nomes baianos se deu por sua importância histórica, o que representa a relevância dos usuários em minha formação.

internações em instituições de cunho manicomial da capital. Entre os anos de 2009 e 2012, constataram-se oito internações psiquiátricas com períodos entre dois e quatro meses de duração. Uma vida marcada pela institucionalização.

Junto a outra residente, o cuidado a Castro Alves foi prestado de maneira intensificada. Orientadas pelos fazeres já realizados por outras residentes de equipes anteriores e a equipe de profissionais do CAPS, investimos, na medida do possível, em atendimentos externos. Como inúmeros usuários, ele também traz a marca da rigidez institucional, de pouco ou nenhum espaço de lazer. Então, quando era de seu desejo, passeávamos pela praia que fica próxima ao CAPS, por exemplo. Junto com a equipe do CAPS, traçamos diálogo com a escola e com uma instituição do bairro para que ele pudesse frequentar aulas de capoeira etc. Nossas ações buscaram construir junto com ele, possibilidades de socialização.

Apesar da brevidade de apresentação do caso, o objetivo é mostrar que prestar assistência em saúde mental pode e deve ser de maneira territorializada. É necessário intervir nas causas externas que geram sofrimento psíquico. Logo, isolar as pessoas em instituições não sanará seus problemas.

## GESTÃO DISTRITAL EM SAÚDE MENTAL

Terminado o estágio no CAPSia, fizemos nossa primeira troca de campo. Nosso ofício agora era sermos gestoras. Mais um campo recheado de novidades. Mesmo tendo conhecimento dos relatórios das turmas de residentes de anos anteriores e discussões acerca desta temática com tutoras e preceptoras da residência, muitas curiosidades nos cercavam: Quais as atribuições de um Distrito Sanitário? Apoio Institucional? Como se dão os matriciamentos? Como compreender o papel de cada um nesta rede de estruturas tão diversificadas? O que está previsto e o que realmente acontece? Foram algumas questões disparadoras que nos fizeram pensar sobre possíveis intervenções neste espaço. O objetivo principal de nossas ações na gestão de saúde mental distrital era o apoio institucional dos dois CAPS do território – sendo um deles o CAPSia que estávamos atuando. Foi possível conjuntamente articular rede de cuidado, realizar matriciamento e investir, especialmente, no projeto de Intercult – ações que serão apresentadas mais adiante.

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio institucional é uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores. Nesta perspectiva, Santos Filho et al. (2009) asseguram que é papel do apoiador institucional contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção. Para tanto, um dos pressupostos básicos do apoio é a recusa de qualquer forma de tutela. Assim, os autores asseveram que:

Apoiar, para PNH, é estar junto com os diferentes sujeitos que constituem os sistemas de saúde - gestores, usuários e trabalhadores - discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços estão organizados, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, combatendo qualquer relação de tutela ou deslegitimação do outro (SANTOS FILHO et al., 2009, p.606).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. O apoiador institucional tem a função de: 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (BRASIL, 2008, p. 53).

No contexto do município de Salvador, o apoio institucional, no campo da saúde mental, surge no ano de 2014 a partir da demanda de implantação de referências técnicas em saúde mental junto aos Distritos Sanitários – DS do município (total de doze distritos) – como estratégia para a organização da RAPS. A seguir serão relatadas as ações realizadas com o objetivo de implementação da rede.

*Grupo de Trabalho do Distrito Sanitário – GT/DSL<sup>8</sup>*

A partir da lógica do apoio institucional, O GT-DSL teve como objetivo propor e fomentar a construção de atitudes e ações coletivas, utilizando como estratégia o diálogo entre os diferentes atores na perspectiva da construção/fortalecimento de vínculo entre as pessoas/instituições que compõem a rede de cuidado para efetivação de uma rede viva de atenção à pessoa em sofrimento mental do DSL.

As reuniões do GT aconteciam quinzenalmente, geralmente, no espaço físico do CAPSia. Contava com a participação das residentes; da apoiadora institucional do DSL; usuárias dos serviços de saúde mental do território; com dificuldades, tínhamos a participação de profissionais dos dois CAPS do DSL; profissional do hospital psiquiátrico do DSL; representação da associação cultural Ilê Aiyê e representante do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do território. Pontualmente, também recebíamos visita de outras instituições ou mesmo propúnhamos nossa reunião no espaço físico destas, para que pudéssemos discutir saúde mental nos diversos setores.

Nossas pautas sempre sinalizaram sobre a necessidade da articulação entre os serviços, a emancipação dos usuários e os tensionamentos em torno da política de saúde mental. O contato com outras instituições, a exemplo de ONGs, instituições religiosas, associações de bairro, fazia todo o sentido, na medida em que proporcionava a circulação do pensamento transformador da luta antimanicomial. Como assevera a lógica da clínica ampliada,

[...] por mais que frequentemente não seja possível, diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma solução mágica e unilateral, se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009, p. 15).

Dessa maneira, foram realizados diversos contatos com instituições que pudessem fazer parte do GT, a fim de somar nas contribuições desta articulação. Consideramos que este era um componente de grande potência na atuação da gestão distrital.

---

<sup>8</sup>Este Distrito Sanitário é composto por vinte e quatro bairros da cidade de Salvador, sendo um deles o da Liberdade que nomeia a sigla DSL – Distrito Sanitário da Liberdade.

### *Matriciamento*

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial em saúde tem por finalidade assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Neste sentido, trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados (mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação). Para tanto, o apoio matricial pretende ofertar tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

De acordo com Campos (1999), este dispositivo altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente, pois quando um indivíduo se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser usuário da equipe de referência. Desta forma, não há encaminhamento, mas sim desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores.

No contexto da saúde mental, o apoio matricial tem estruturado um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica, pois se entende que a rede básica de saúde é o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. Nesta perspectiva, os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da atenção primária em saúde do seu território, pois têm um papel essencial no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas em situação de sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

As reuniões de matriciamento do DSL iniciaram em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um dos bairros, em um investimento que vinha acontecendo desde o ano de 2010. Mais tarde, em 2014, passou a acontecer também em uma UBS de outro bairro do mesmo distrito. A proposta era que nós residentes, profissionais dos dois CAPS do território e a equipe da atenção básica, construíssemos um espaço de troca e cuidado implicado dos casos assistidos por eles. Apesar de já desenvolverem ações de saúde mental, as equipes das UBS não se sentiam capacitadas para tal. Então, os profissionais da saúde mental tinham o papel de oferecer suporte técnico. Apesar dos entraves encontrados no processo de desenvolvimento dos matriciamentos no DSL, como a dificuldade de agenda das partes envolvidas, por exemplo, verificava-se um avanço na construção de uma oferta de cuidado integral em saúde às pessoas em

situação de sofrimento psíquico. A articulação entre os serviços da atenção básica e da saúde mental têm possibilitado o fortalecimento da rede do DSL.

O matriciamento favorece a reorganização do fluxo. À medida que ocorrem discussões teóricas e dos casos propriamente ditos, os profissionais dos CAPS têm auxiliado no redirecionamento dos encaminhamentos desnecessários feitos para os CAPS. Desta forma, pode-se afirmar que o apoio matricial é um potente instrumento de definição de fluxos e qualificação das equipes (MACHADO e CAMATTA, 2013). Ainda sobre os aspectos potencializadores do matriciamento, os autores supracitados asseveram que há uma maior difusão do tema da saúde mental, desmitificando-o e tornando-o mais próximo dos trabalhadores que compõem a rede de cuidados.

#### *Intervenções culturais – INTERCULT*

Castro Alves, caso apresentado acima, é um dos inúmeros exemplos de vidas institucionalizadas pelo fenômeno da loucura que ventilou vivências discriminatórias. Comprendemos que para reformar a assistência em saúde mental deve-se tornar visíveis novas possibilidades para os sujeitos como também e, o que talvez seja ainda mais importante, apresentar socialmente o sofrimento psíquico por outras lentes que não as do estigma.

Nestes termos, A RAPS diz da necessidade de “desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania”. Saímos, assim, das históricas práticas de isolamento dos sujeitos para facilitarmos sua vivência em sociedade e, o que é de suma importância, ir além das instituições formais de cuidado à saúde mental. O campo da saúde mental alcançou alguns avanços com a criação dos espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos bem como progresso no campo jurídico, isso é inegável. Contudo, “[...] não basta abrir as portas, tirar as grades, habitar a cidade se as subjetividades manicomiais, que se apropriam e devoram a loucura, penetram a vida ao ar livre, aniquilando-a” (SILVEIRA; NUNES, 2013, p. 121). Portanto, faz-se urgente a desconstrução de ideias de incapacidade e de periculosidade culturalmente imputadas ao universo do sofrimento psíquico. Um instrumento que tem se mostrado de grande valia nesse exercício é a utilização das artes (AMARANTE et al, 2012). Vale salientar que o papel da arte/cultura na clínica tem mostrado o quanto não significa apenas outras

possibilidades de intervenções estritamente terapêuticas, no sentido de que são apenas outras formas de se realizar grupos dentro dos CAPS, mas também transformação política. Como percebe Amarante,

Pretendemos, então, demonstrar que esse campo constituído pela expressão artística e cultural ligada à saúde mental parece ser um instrumento fundamental para a transformação social – sobretudo no que diz respeito à concepção sobre a loucura -, e que, ao mesmo tempo, serve como forma de expressão da diversidade cultural (AMARANTE et al., 2012, p28).

Portanto, salientamos o papel político que os grupos desenvolvidos nos serviços substitutivos de saúde mental possuem. Chamar atenção para este aspecto é também um movimento crucial de reforma do pensamento de profissionais, pois, em nossa vivência pelos CAPS desse distrito, percebemos o quanto a clínica é entendida, por alguns, através de premissas biocentradas. Como Amarante (2012) pontua, ser político não significa dizer que o caráter terapêutico perde lugar. Pelo contrário, ele é otimizado a partir do momento em que os sujeitos são referenciados como protagonistas e ocupam outro lugar social. Assim, coloca “em questão conceitos da psiquiatria tradicional como incapacidade, irracionalidade, improdutividade, bem como para amenizar conflitos sociais, quando os artistas são valorizados por seus vizinhos e pela família. (AMARANTE et al., 2012, p.36).

Foi pensando no potencial da arte/cultura como importante elemento na desconstrução dos preconceitos que, em 2010, a equipe de residentes que estava no estágio da Gestão do DSL criou um projeto chamado “Intercult”. O projeto tinha como objetivo intervir na cultura manicomial do território. Uma estratégia para falar sobre a loucura com outra perspectiva que não a historicamente estigmatizada e centrada na doença. Esta necessidade coadunava com o querer de muitos usuários, pois era comum ouvirmos nos serviços o desejo em desenvolver atividades de cunho artístico. Sejam pinturas, esculturas, dança etc. Contudo, para algumas dessas atividades não existia recurso material nos serviços que possibilitassem sua realização - situação que tem acarretado na desmotivação de alguns profissionais que se propõe a investir na arte. Diante da escassez de investimento em recursos humanos e materiais, as equipes vão se (re)inventando, vão acreditando e desacreditando das possibilidades.

Porém, mesmo diante da carência, em uma das apostas floresceu um grupo de capoeira desenvolvido no CAPS II do DSL, coordenado por uma profissional de Educação Física da instituição que também é contramestre de capoeira. Como uma das ações do Intercult, a equipe que nos antecedeu investiu no apoio do grupo, realizando bazar e rifa com o propósito de arrecadar verba para comprar a vestimenta dos usuários para o batismo do grupo. O ritual de passagem do batismo marcou um importante processo identitário dos usuários que passaram a se identificar como capoeiristas, deslocando-se, assim, do lugar de ‘usuário do CAPS tal’, como é de costume se apresentarem. O passo seguinte da minha equipe junto a outras profissionais foi investir na aparição do grupo para a comunidade. O que surtiu grandes efeitos para os usuários, que viram a nova identidade reconhecida, como para aqueles que os conheceram e puderam compreender que ‘doido pode jogar capoeira’, como disse uma mulher na apresentação do grupo na pré-conferência distrital de saúde. O grupo contribuiu de maneira tão ímpar em nossa atuação que me conquistou ao ponto de tê-lo como tema do meu trabalho de conclusão da residência.

Atuar na gestão diante da falta é um grande convite à inventividade. Percebemos que muitas coisas poderiam ter sido realizadas se contássemos com investimento da gestão municipal nas instituições de saúde mental. Não havendo o investimento, realiza-se bazar; na falta de transporte para o deslocamento até a UBS, o matriciamento vai sendo realizado por telefone, na medida do possível. E assim a clínica vai sendo desenhada artesanalmente.

#### CAMPO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - AD

O terceiro campo traz a especificidade do cuidado das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Para atuar nesta clínica é preciso entender primeiro que,

Os usuários de drogas têm em comum, o que é evidente, o uso de drogas. Podemos, entretanto, afirmar que as formas de usos e os seus significados diferem de indivíduo para indivíduo, assim como de grupo para grupo dentro de uma mesma cultura, e são mais distintos ainda quando consideramos culturas contrastantes [...] o que queremos explicitar neste nosso trabalho é a ideia da heterogeneidade social e cultural dos usuários enquanto tais e isso têm relação direta com as

formas de atenção dada a eles, a partir de seus tipos (ESPINHEIRA, 2004, p. 11).

Foi, portanto, a partir desta compreensão que nossas intervenções se guiaram. A instituição que nos recebeu para estágio é reconhecida pela importante contribuição no campo AD, devido a seu caráter docente/assistencial, especialmente por trazer inovações na perspectiva de redução de riscos e danos em decorrência do uso abusivo de drogas. Funciona como ambulatório, de segunda a sexta feira, das 08h às 17h, com uma equipe multidisciplinar. Vale ressaltar que a instituição historicamente tem estabelecido diálogo direto junto ao campo das Ciências Sociais para a compreensão do fenômeno do uso de drogas. É um serviço gratuito, mas que não faz parte da RAPS. Tem como público alvo tanto jovens como adultos.

#### *Gênero e o uso abusivo de substâncias psicoativas: uma articulação necessária*

A partir da minha formação enquanto pesquisadora, e inquieta com os dados de uma pesquisa apresentada por duas residentes da turma anterior, uma das minhas atuações nesta instituição foi pensar sobre as questões de gênero na assistência do campo AD. A pesquisa desenvolvida anteriormente traçou o perfil dos usuários de Substâncias Psicoativas – SPA’s lícitas e ilícitas acolhidos no serviço durante o período de julho a dezembro de 2014. O perfil sociodemográfico apresentado foi resultante da análise das seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, com quem mora, escolaridade, ocupação, religião, motivo de procura do serviço, tratamento anterior e encaminhamentos realizados pelo serviço.

Ademais, o foco na questão de gênero se deu pelo fato de chamar atenção a representatividade quantitativa, a partir do determinante “sexo” das pessoas acolhidas, a saber: 69,7% dos usuários eram do sexo masculino, e 30,3% eram do sexo feminino. A análise qualitativa decorrente da pesquisa teve por questão fundante a problematização da variável “gênero” com enfoque no feminino, pois é sabido que a categoria “sexo” não contempla as diferentes formas de socializações de gênero que opera em diversas esferas da vida cotidiana (SCOTT, 1995). Fazendo uma rápida leitura dos dados, podemos dizer que prevalece a lógica do senso comum de que o uso drogas é um problema de homem. Será?

Na perspectiva da abstinência, por exemplo, a ideia de fracasso é bastante presente e atrelada a variável do gênero masculino, como já notado por Moraes (2010):

Como lidar subjetivamente com a ideia de fracasso, com o rótulo de incapaz de tomar suas próprias decisões, quando essa pessoa é um homem que foi educado para saber que força e coragem são sinônimas de masculinidade heterossexual? Quando esse homem foi construído e construiu sua forma de ser e estar no mundo a partir dessas referências? No caso dos homens, essa questão ainda é mais cruel, porque são essas mesmas referências de masculinidades (força e coragem) que os incita a correr riscos associados aos contextos de uso e comércio de drogas (MORAES, 2010, p.20).

Os homens, como supracitado, são socializados a partir da lógica do poder e da força. Compreender esses fenômenos é fundamental na condução dos casos. Estar atento à ideia do universo privado associado historicamente as mulheres pode nos ajudar a entender, por exemplo, por que algumas não chegam aos serviços AD? Como justificar uma dona de casa que ‘falhou’ em seu papel social?

Portanto, um dos objetivos foi compreender, a partir da percepção das profissionais que atendem neste ambulatório, as razões que geram a baixa procura das mulheres por tratamento na instituição. As entrevistas duraram em média 50 minutos, sendo as interlocutoras quatro profissionais de diferentes categorias com tempo de atuação na clínica AD variável, entre três e vinte anos.

O que os dados das entrevistas e observação na instituição sinalizaram?

- Pouca problematização sobre gênero como determinante social na clínica AD. Uma fala comum das entrevistadas era que não haviam pensando profundamente sobre isso;
- O reconhecimento da lógica ambulatorial como dificultadora para ambos os gêneros. Por ser uma instituição com horários definidos de consulta, inviabiliza a demanda espontânea. Assim, a organização institucional pode ser percebida como ponto importante para adesão ou não ao tratamento;
- As mulheres assistidas pelo serviço são, majoritariamente, cuidadoras/acompanhantes de usuários; o que corrobora com o constructo cultural acerca do lugar social da mulher;

- As mulheres usuárias, geralmente, frequentam o serviço sozinhas. O que indica a pouca ou não existência de suporte afetivo em seu cuidado. Condição que pode estar fortemente atrelada à permanência dessas mulheres no tratamento;
- O não reconhecimento da especificidade do gênero feminino para o itinerário terapêutico, pois há a compreensão de que os espaços existentes no ambulatório são de caráter ‘unissex’. Concepções que vão ao encontro aos dados apresentados pelas autoras a seguir.

Jansen e Barreto (2015) exemplificam com as falas de usuárias acerca da pertinência de um olhar e cuidado direcionado as mulheres, que têm questões próprias: “Que bom conhecer esse grupo; onde eu estava só tinham homens. Aqui é melhor”; “Têm coisas que não falamos na frente dos homens” (JANSEN; BARRETO, 2015, p. 253). As autoras, na experiência com um grupo de mulheres em um CAPS AD da cidade de Salvador, perceberam que ao utilizarem outros tracejos no cuidado com as mulheres, obtiveram importantes ganhos.

Avaliamos que esse é um caminho investigativo que merece mais aprofundamento. Diante do curto tempo para a realização da pesquisa e o problema de agenda para conversar com mais profissionais, foram realizadas quatro entrevistas, o que não dá para considerar enquanto uma representação da instituição. Contudo, sinaliza para a necessária problematização da temática, tendo em vista os dados supracitados.

#### *Ponto de Cidadania*

A passagem pelo campo AD nos trouxe duas importantes vivências: uma que foi estar em um espaço de caráter formal de cuidado que é o ambulatório, e outro foi a assistência na rua através do Ponto de Cidadania – PC. O projeto do PC foi implantado no ano de 2014. Tem como objetivo acolher, principalmente, pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo de Substâncias Psicoativas - SPA's. Funciona como articulador das redes de saúde, assistência social, jurídica entre outras que as pessoas demandam assistência – devido à grande dificuldade de acesso que as pessoas em situação de rua encontram. O projeto acontece em dois contêineres localizados em dois espaços de maior concentração de pessoas em situação de rua em Salvador. Dentre as várias ações, nestes espaços é oferecido um local para banho com a disponibilização de kits de

higiene pessoal (sabonete para banho, escova e pasta de dente), o que possibilita o autocuidado.

O projeto dos PC tem os mesmos princípios e objetivos para os dois contêineres. Contudo, atentar para a peculiaridade de cada um dos territórios em que estão instalados é condição *sine qua non*. O principal local de uso de SPA's ilícitas do território que atuei, por exemplo, é algo que merece destaque, por ser em espaço de grande vulnerabilidade sanitária e social: uma vala. Desta forma, “as drogas não tem o mesmo efeito para pessoas socialmente diferentes!” (ESPINHEIRA, 2004, p. 12).

Diante disso, o PC surge na tentativa de minorar as iniquidades vivenciadas cotidianamente por pessoas em situação de rua. Dentre as atividades que atuei, está o acompanhamento dos usuários em serviços de saúde. Até que ponto se faz necessário o acompanhamento dos usuários nas instituições? O empoderamento dos usuários requer investimento diário para que se reconheçam enquanto cidadãos de direito, pois, pelo grande histórico que cada um carrega de violências institucionais, caminhar sozinhos por esses espaços é algo difícil. Patricia Flach e Nery Filho (2015) levantam algumas barreiras: “vivência de situações de destrato, solicitação de segurança para acompanhar o atendimento, exigência de documento de identidade e/ou comprovante de residência como condição de inclusão no serviço” (p. 204). Condições que inviabilizam o acesso das pessoas que vivem em situação de rua nas instituições.

Minha inserção no PC aconteceu duas vezes por semana, sendo o terceiro turno dedicado à reunião técnica. No contêiner, inseri-me nas atividades cotidianas do serviço, como a recepção dos usuários para o uso do banheiro, a distribuição do ‘cafezinho’ que possibilita importantes rodas de conversa, o acompanhamento para alguma instituição e as idas a campo. Outras duas atividades das quais participei, foram dois projetos:

- ‘Sexta da beleza’: projeto idealizado por um grupo de residentes do Hospital Professor Edgard Santos – HUPES e teve como objetivo realizar oficinas de promoção da saúde e autocuidado para as pessoas em situação de rua, usuárias de SPA's. O contêiner é um espaço que, no geral, chama a atenção dos transeuntes. Porém, nos dias das oficinas, em alguns momentos, parecia espetáculo para quem passava. Pessoas em situação de rua numa espécie de ‘dia da beleza’? Essas que trazem importantes cicatrizes inscritas no corpo se cuidando? Como nos falam Nery Filho e Marcos Messeder, “o corpo é o mapa da história” (2004, p.65). Essa experiência possibilitou maior aproximação das

profissionais com os usuários. No momento em que estávamos trançando cabelo ou pintando as unhas, discutíamos sobre estratégias de redução de danos e tantos outros assuntos de promoção da saúde.

- A outra ação foi nomeada de ‘Fortalecendo o diálogo com os comerciantes do território’. Teve por objetivo divulgar o funcionamento do PC para os comerciantes formais e informais do território para que, desta forma, fosse criada/fortalecida uma rede de cuidado para os usuários. O que pudemos perceber em campo é que apesar de boa parte dos comerciantes ter, em maior ou menor grau, contato com os usuários, a culpabilização pela condição de vulnerabilidade em que essas pessoas se encontram é bastante presente. A lógica abstinentista da droga foi colocada como única solução, o que era esperado tendo em vista a construção cultural acerca do uso de drogas, especialmente as ilícitas. Além de ser SPA’s ilícitas, são consumidas por pessoas pobres e negras, determinantes que representam o constructo cultural de marginalidade.

“É importante considerar que, se o consumo de droga ocorre na comunidade, este é o campo por excelência de intervenção e o lócus de maior efetividade das práticas de promoção da saúde, prevenção e redução de danos possíveis e consequentes a esse uso” (FLACH; NERY FILHO, 2015, p.203). É nesta perspectiva que a intervenção com os comerciantes teve por intento desmistificar estigmas relacionados aos usuários, por entender que são atores importantes nos laços vividos por estes. “As redes não são apenas as instituições, mas, sobretudo, as pessoas que estão dentro e fora desta e que fazem parte do contexto relacional deste sujeito, direta ou indiretamente” (FLACH; NERY FILHO, 2015, p.206).

A trajetória no campo AD permitiu a amplificação de conhecimentos a respeito das abordagens referentes ao uso e abuso de substâncias psicoativas. Faz-se necessária a desmistificação das crenças aprendidas culturalmente sob os holofotes do preconceito e do descrédito aos sujeitos envolvidos neste contexto.

## CAPSII

É chegado o último campo de atuação, um CAPS destinado à assistência de pessoas adultas que vivenciam transtornos mentais severos e persistentes. O estágio se deu entre os meses de outubro de 2015 e abril 2016. Tudo novo mais uma vez: equipe de profissionais, usuários, território etc. Entretanto, sempre

Munidos de desejo e levando como bússola idéias como integração social, respeito à loucura alheia e à nossa, sensibilidade ao sofrimento do outro e ao nosso, desestigmatização, asas à imaginação, obstinação e transformação, caminhávamos sabendo que não há caminho... nunca tivemos tanta certeza de que o fazíamos ao andar (NUNES, 2015, p.484).

Na mudança de equipe de residentes nos foram passados os projetos já em andamento, os casos, as oficinas que a outra equipe havia acompanhado. Chegamos em um período de greve das profissionais. Diante do que era possível, fomos atuando. A greve durou em média um mês, nesse meio tempo tivemos um mês de férias e feriados. Destarte, esse campo foi marcado por encontros e desencontros.

De maneira geral, como no CAPSia, este CAPS busca funcionar de acordo com os princípios e diretrizes da RAPS. Acontecem os grupos e oficinas terapêuticas, diferente da realidade de demanda do CAPSia que atende um público maior, esta instituição consegue estar de forma mais ativa nas visitas domiciliares, por exemplo.

Tendo em vista que essa era a última equipe de residentes e não havia previsto processo seletivo para residência em saúde mental do ISC/UFBA, avaliamos que daríamos continuidade aos projetos já desenvolvidos pelas miniequipes anteriores e não propomos novas atividades. Os três projetos foram:

- A implantação de uma horta no Serviço de Residência Terapêutica - SRT a que o CAPS é vinculado. Um de seus principais objetivos é favorecer aos moradores do serviço maior sentimento de pertença de seu lar.
- Correio do CAPS: projeto que confeccionava jornal em folhetim, onde noticiava matérias elaboradas pelos próprios usuários. A equipe de residentes e de profissionais estava para dar suporte a esta ação. Foi um projeto de grande potência, em que os usuários eram os protagonistas e se sentiam como tal. Consideramos um espaço de importante caráter terapêutico e político.
- Oficina de beleza: esta ação acontecia semanalmente, tendo como público homens e mulheres assistidas pelo CAPS. Surgiu a partir das demandas trazidas por alguns usuários devido à insatisfação com a autoimagem. A partir das ações eram discutidas temáticas sobre educação em saúde, sobre padrões de beleza – muito em razão de questões raciais vivenciadas pelos usuários.

Dentre as atividades por nós realizadas no CAPS, chamo atenção para esta última oficina. Padrão de beleza é algo que alcança e faz sofrer a população em geral. Entretanto, no campo da saúde mental essas questões se tornam ainda mais delicadas, como asseveram Zanello et al (2015). Em estudo realizado sobre a interface entre questões de gênero e saúde mental, as autoras perceberam que

[...] a obesidade apareceu como forte fator de sofrimento para as mulheres, o que casa com os resultados apontados por Zanello, Bukowitz e Coelho (2011) sobre o quanto os xingamentos relacionados ao corpo, especialmente ao excesso de peso, são considerados ofensivos quando direcionados às mulheres por ferirem o ideal de beleza típico de nossa cultura atual, lipofóbica. No entanto, há um agravante nesses casos porque as próprias crises e alguns medicamentos levam a um processo intenso do engordar. Os temas velhice e racismo (não ser branca), bem como a auto exigência para estar sempre bonita e apresentável socialmente, também apareceram como indicadores de sofrimento no que diz respeito a um ideal estético que precisa ser atingido. (ZANELLO et al., 2015, P.243).

Entendemos, portanto, que análises socioculturais dos processos de adoecimento das pessoas são de suma importância. É a partir destas compreensões que as estratégias de intervenção devem se guiar, e as Ciências Sociais têm papel fundamental nisso.

## CONSIDERAÇÕES

Este relato de experiência apresenta grande parte de minha vivência. Decerto que, em razão de espaço, as folhas escritas não deram conta de toda a experiência, mas buscaram trazer o quão intensa e artesanal foi. A partir do desenho das ações, é possível conhecer os novos lugares sociais que a saúde mental se apresenta e os quais clinicamente e politicamente eu aposto. O desejo é de uma factual assistência libertária e transdisciplinar, reconhecendo o sujeito em suas múltiplas facetas.

Como supracitado, questões raciais e de gênero, por exemplo, têm se apresentado de maneira adoecedora. O reconhecimento dos DSS na clínica convida outros saberes para atuar no cuidado. Logo, faz-se necessário o reconhecimento das Ciências Sociais como colaboradora para uma clínica efetiva. A certificação do território como principal espaço de prática faz da Antropologia importante aliada na condução dos casos e planejamento das ações, na medida em que este saber traz como expertise o estar junto e conhecer de perto o outro.

Ter participado da residência me deixou contente por me perceber mais madura frente às discussões do campo da saúde mental e por ter experimentado e aprovado um novo lugar do “núcleo” das Ciências Sociais para além do universo acadêmico. Porém, também saí carregando algumas inquietações compartilhadas por tantas outras residentes no que diz respeito à continuidade das ações por nós desenvolvidas: “Será que a permanência dos projetos e dos vínculos e até da própria relação só existe com a permanência física das pessoas?” (NUNES, 2015, p. 495). Meu desejo é que não. Como cantam *Os novos baianos*, “e pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto”. O recebimento foi bem mais do que o esperado. Concluo com a convicção de que a aposta das Ciências Sociais nesse meio foi bastante acertada, e saio na esperança de que alcancemos mais espaços para além do universo estritamente acadêmico e de pesquisa. Que aconteçam mais e mais experiências das Ciências Sociais na assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. N. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, n. 1, 2008, p. 74-82.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set, 1995.
- AMARANTE, Paulo; FREITAS, Fernando; NABUCO, Edvaldo da Silva; PANDE, Mariana Rangel. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. In: PAULO. Amarante e Fernanda NOCAM (orgs.). **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**. São Paulo: Zagodoni, 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Diário oficial da união.
- BRASIL, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL, Ministério da Saúde. **O acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção à Saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual Em Saúde. **Acolhimento**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas./167acolhimento.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 1.077**, de 02 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088**, de 23 de dezembro de 2011.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. 77

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.3, n 1 e 2, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, Luiz Alberto et al. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

FLACH, Patricia Von; NERY FILHO, Antonio. Interfaces entre a política e a clínica na atenção aos usuários de substâncias psicoativas. In: NUNES, Mônica TORRENTÉ, Maurice de, PRATES, Adriana (org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**, tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2010.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JASSEN, Mabel; BARRETO, Suelly Galvão. Para não dizer que não falei das flores... Um relato de acompanhamento na comunidade de um grupo de mulheres que sofrem com o uso de substâncias psicoativas. In: NUNES, Mônica TORRENTÉ, Maurice de, PRATES, Adriana (org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015.

JEOLÁS, Leila Sollberger. Possibilidades de intervenção: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde. **Política & Trabalho**, n. 20, p. 97-116, abril. 2004.

JEOLÁS, Leila Sollberger. O Diálogo Interdisciplinar na Abordagem dos Riscos: limites e possibilidades. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p.9-21, 2010.

KNAUTH, Daniela Riva; VICTORA, Ceres Gomes; LEAL, Ondina Fachel. A banalização da AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 171-202, out. 1998.

LANCETTI, Antonio. Fontes da clínica peripatética. In: \_\_\_\_\_. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 19-37.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 224-32, 2013.

MATOS, Eliane Matos; PIRES, Denise Elvira Pires de; SOUSA, Gastão Wagner de. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 set-out; 63(5): 775-81.

MORAES, Maristela. Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas? In: MORAES, Maristela, Castro, Ricardo. PETUCO, Dênis (Org.). **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2010.

MEINERZ, Nádia. Impasses classificatórios envolvendo gênero e sexualidade no atendimento público de saúde. In: NASCIMENTO, Pedro; RIOS, Luís Felipe (orgs.). **Gênero, saúde e práticas profissionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011, p.51-72.

MENDES, R.N.S. **Humanização & Acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde**. Monografia (Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

NERY FILHO, Antônio; MESSEDER, Marcos Luciano. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: TAVARES, Luiz Alberto et al. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

NUNES, Mônica de Oliveira. O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - v.1, n.2, 2009;

NUNES, Mônica. Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental – produções epistemológicas e pedagógicas. In: NUNES, Mônica TORRENTÉ, Maurice de, PRATES, Adriana (org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde mental** Salvador: EDUFBA, 2015. 507 p.

NUNES, Mônica. O importante são as obras, não os autores: o guerreiro do tempo contra o dragão da impermanência. In: NUNES, Mônica TORRENTÉ, Maurice de, PRATES, Adriana (org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015. 507 p.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**. Porto Alegre: v. 2, n. 20, 1995.

SCHMIDT, M. B; FIGUEIREDO, A. C. **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 1, Mar. 2009 .

SILVEIRA, Luana; NUNES, Mônica. Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: CAPS e Pentecostalismo em análise. **P o l i s e P s i q u e** , v. 3 , n. 1, 2013.

TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Enferm. Texto Contexto**, v.15, n.2, p.320-5, 2006.

TORRENTÉ, Maurice de; PRATES, Adriana; BORGES, Alba. O lugar e o papel do cientista social nas equipes interdisciplinares em saúde mental. In: NUNES, Mônica TORRENTÉ, Maurice de, PRATES, Adriana (organizadores). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde mental/–** Salvador: EDUFBA, 2015. 507 p.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 27 – n. 3, p. 238-246, 2015.