



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum40.108.AO07>

## Vínculo, afeto, trabalho em saúde: aproximações ético-políticas sobre o cuidado

*Bond, affection, work in health: ethical-political approaches to care*

---

Pedro Renan Santos de Oliveira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)  
<https://orcid.org/0000-0001-6308-3227>  
[psipedrorsoliveira@gmail.com](mailto:psipedrorsoliveira@gmail.com)

Lara Brum de Calais  
Universidade Federal do Ceará (UFC)  
<https://orcid.org/0000-0003-3703-1145>

Deborah Leite de Abreu Souza  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)  
<https://orcid.org/0000-0002-7488-8618>

Matheus Henrique Silva  
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)  
<https://orcid.org/0000-0002-0006-0703>

Nilberto dos Santos Pinto  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)  
<https://orcid.org/0000-0003-3863-8897>

**Agradecimentos:** A pesquisa realizada obteve financiamento próprio, não apresentando outros tipos de apoio ao estudo, como bolsas ou ajuda de custo. No entanto, esteve vinculada à Universidade Estadual do Ceará (UECE), como pré-requisito para Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Psicologia e ao Centro Universitário UniAcademia, também como pré-requisito para Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de

Psicologia. Neste sentido, torna-se importante a realização de agradecimentos aos professores, participantes do estudo e profissionais dos CAPSad que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Resumo

A presente pesquisa objetiva compreender os meandros que criam condições para o processo de construção dos vínculos entre usuários e profissionais dos serviços de saúde mental. Alinhado ao pensamento espinosano, situado no campo ético-político dos estudos sobre afeto, o percurso metodológico apresenta pesquisa de caráter qualitativo, advinda de dois campos: em uma cidade do nordeste e outra do sudeste brasileiro, nos respectivos CAPSad, em que se envolveram usuários e profissionais desses serviços. As narrativas produzidas, divididas em três eixos analíticos, evidenciaram que a linha tênue entre a possibilidade dos vínculos nestes serviços pode proporcionar autonomia e corresponsabilização ou podem contribuir para relações de dependência e institucionalização. Apontou-se que a racionalidade hegemônica, instrumental e biomédica, associada a condições de trabalho marcadas pela precarização e configuração institucional cujos poderes hierarquizam relações, podem atuar favorecendo práticas que anulam o "outro" no cuidado.

**Palavras-chave:** Afeto; Cuidado em saúde; Rede de atenção psicossocial; Saúde Mental; Psicologia social.

### Abstract

*This research aims to understand the intricacies that create conditions for the process of building bonds between patients and professionals in mental health services. Aligned with the Spinozian thought, located in the ethical-political field of studies on affection, the methodological path presents qualitative research, coming from two fields: in a city in the northeast and another in the southeast of Brazil, in the respective Psychosocial Care Centers - Alcohol and Drugs (CAPSad), in which patients were involved and professionals of these services. The narratives produced, divided into three analytical axes, showed that the fine line between the possibility of bonds in these services can provide autonomy and co-responsibility or can contribute to dependency and institutionalization relationships. It was pointed out that the hegemonic rationality, with instrumental and biomedical characteristics, associated with working conditions marked by precariousness and institutional configuration whose powers hierarchize relationships, can act by favoring practices that nullify the "other" in care.*

**Key-Words:** Affection; Health care; Psychosocial care network; Mental health; Social psychology

### Resumen

*Esta investigación tiene como objetivo comprender las complejidades que crean las condiciones para el proceso de construcción de vínculos entre usuarios (pacientes) y profesionales en los servicios de salud mental. Alineado con el pensamiento spinoziano, ubicado en el campo ético-político de los estudios sobre el afecto, el camino metodológico presenta una investigación cualitativa, proveniente de dos campos: en una ciudad del noreste y otra en el sureste de Brasil, en los respectivos Centros de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas (CAPSad), en el que se involucraron usuarios y profesionales de estos servicios. Las narrativas producidas, divididas en tres ejes analíticos, mostraron que la delgada línea entre la posibilidad de vínculos en estos servicios puede brindar autonomía y corresponsabilidad o puede contribuir a relaciones de dependencia e institucionalización. Se señaló que la racionalidad hegemónica, de rasgos instrumentales y biomédicos, asociada a condiciones laborales marcadas por la precariedad y configuración institucional cuyos poderes jerarquizan las relaciones, puede actuar favoreciendo prácticas que anulan al "otro" en el cuidado.*

**Palabras Clave:** Afecto; Cuidado de la salud; Red de atención psicossocial; Salud mental; Psicología social.

## Introdução

No multidimensionado campo das Políticas sobre Drogas (PSD), as contradições sociais (especialmente no que tange o binômio inclusão-exclusão social dos sujeitos) tem se tornado explícitas, conforme assinalado por Alarcon (2012), especialmente por possuírem hibridismo em relação a sua condução: de um lado o braço das PSD ligadas à justiça, de outro, ligados à saúde. Ambas, transformaram as drogas no ponto central da racionalidade instrumental contemporânea das políticas públicas do campo (Oliveira, 2018). Ou seja, de um lado as PSD, articuladas diretamente com a justiça, reiteram a lógica da ilegalidade, fazendo com que uma grande parcela da população que consome determinadas substâncias se torne passível de punição. De outro lado, nas políticas de saúde, os sujeitos, sobretudo aqueles pertencentes às camadas sociais excluídas: pobres, subalternizadas e marginalizadas, vulneráveis à capacidade governamental de classificação, perseguição, punição e encarceramento, paralelo à possibilidade de “tratamento” (Rêgo, Oliveira, Lima, & Holanda, 2017).

Assim, se em certo sentido, as PSD no Brasil originaram-se alinhadas ao denominado paradigma proibicionista, que concentra esforços na redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, do comércio, porte e consumo de drogas ilícitas; ela ainda tem como aliado o reforço do discurso do modelo biomédico, especialmente em suas derivações do conceito de doença, que patologiza as relações do indivíduo com a droga (Alves, 2009).

Outra forma de expressar as disputas às voltas do campo das PSD e sua interface com a saúde (especificamente no campo da saúde mental), é dizer que em quase vinte anos, desde a homologação da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), o Brasil conta com uma assistência à saúde mental híbrida, ou seja, composta por serviços de ênfase comunitária e asilares em coexistência (Quinderé, Sales, Albuquerque, & Jorge, 2010). Assim, os serviços asilares são parte da própria rede que inicialmente foi legislada para substituí-los (Fernandes, Lima & Oliveira, 2019). Tal aspecto, inviabiliza a identificação do aumento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – como articuladora dos pontos de atenção e atendimento à saúde mental – redirecionando a assistência para um

modelo comunitário e de base territorial, ou simplesmente psicossocial (Simon & Baptista, 2011; Delfini & Reis, 2012), o que viria a operacionalizar assistencialmente o lema da reforma psiquiátrica brasileira, em curso desde a década de 1980, “por uma sociedade sem manicômios” - confrontando o modelo médico-asilar hegemônico (Simon & Baptista, 2011).

Tal tensão do modelo híbrido (asilar e psicossocial) ganhou ainda outros contornos considerando que, ao final de 2017, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) emitiu a Portaria nº 3.588 que deu nova formatação ao componente Hospitalar da RAPS já que esse, além dos Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (pleito antigo da Reforma Psiquiátrica), passou a ser composta também pelo próprio Hospital Psiquiátrico, como os Leitos em Hospital-Dia e Leitos Psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos.

Mais recente, no campo da saúde mental, a polêmica Nota Técnica Nº 11/2019 (intitulada “Nova Saúde Mental”) (Ministério da Saúde, 2019). Nela, o declínio do caráter “substitutivo” dos serviços de ênfase comunitário no campo da saúde mental, aponta para um “novo” caminho por parte da atual política de saúde nacional, no qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – equipamentos centrais na Política Nacional de Saúde Mental para execução da atenção psicossocial – passam a ser “rede complementar” e a política pública em saúde mental passaria a ter também por objetivo a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas (CT), como indica recente análise de Fernandes, Lima, Oliveira e Santos (2020). Ainda que não normativa, a Nota é representativa dos projetos políticos antagonistas em curso.

Nas tessituras da construção do cuidado em saúde, em meio aos aspectos objetivos com efeitos em produções de subjetividades, configuram-se distintos caminhos de formulação das práticas profissionais. Em meio aos desafios decorrentes dos modos de produção de cuidado – especialmente nas PSD, dada a sua complexidade e permeabilidade a debates proibicionistas, moralizantes ou de vigilância e controle sobre a população – a presente pesquisa objetiva compreender os meandros do processo de construção dos vínculos de cuidado entre usuários e profissionais dos CAPS para Álcool e outras Drogas (CAPSad). Assim, situa-se no campo ético-político dos estudos sobre afeto, especialmente na sua condição enquanto produtor dos vínculos de cuidado, produzindo reflexões críticas sobre os modos de configurações vinculares ou as distintas performances advindas destes que possam favorecer bons encontros no cuidado em saúde.

## **Encontro, Afeto e Vínculo no Cuidado em Saúde Mental**

As práticas de cuidado em saúde, na contemporaneidade, são atravessadas pelas institucionalidades e intersubjetividades situadas em formas de produzir as relações nas políticas e serviços de saúde. Ao modo como aqui se adota a concepção de cuidado em saúde, Cruz (2009) sistematiza a relação do cuidado como situada justo no “entre” - na relação de agentes que ofertam e os agentes que demandam cuidados:

O Cuidado à Saúde remonta, inevitavelmente, à indicação da necessidade de encontros entre as pessoas, além de tudo o que elas trazem consigo: saberes, tecnologias, culturas, afetos... [...] Encontros atravessados por saberes, técnicas e subjetividades e que possuem, em geral, um caráter assimétrico da relação entre o *agente da oferta de cuidados e o agente que demanda o cuidado*, no qual aquele que precisa de cuidados se coloca, em algum grau, sob a responsabilidade daquele que cuida (Cruz, 2009, p. 93, grifo da autora).

Portanto, é o encontro, mediado por relações objetivas, subjetivas, conjunturais e de configuração técnica, que caracteriza o cuidado. E nessa relação, habitada pelas diferenças entre os sujeitos - confirmando a desigualdade das relações (de poder) entre os profissionais (e seus discursos e práticas) e usuários (e suas necessidades de reconhecimento sobre suas condições de sofrimento) - o cuidado em saúde enquanto relação intersubjetiva se desenvolve “num tempo contínuo e que, além do saber profissional, e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e inclusão do saber, do afeto, dos desejos e das necessidades do outro” (Cruz, 2009, p. 97).

Compreendendo o cuidado como encontro e afirmação de práticas coletivas, contrapondo-se a atos individualizantes (Heckert, 2007) e tecnicistas, a afetividade e o vínculo encontram-se imbricados em condições intersubjetivas e objetivas de sua produção. Neste sentido, em diálogo com Heckert (2007, p. 202), colocar em análise as práticas de cuidado trata-se, também, de encarar as dinâmicas que incluem os processos de trabalho e gestão em saúde, questionando uma versão hegemônica de cuidado

enquanto processo descolado das condições de precarização a que são submetidos, cotidianamente, sujeitos e serviços. Nas palavras da autora, “o cuidado, como ato solitário e individual, torna-se mais um meio de culpabilização dos indivíduos, de responsabilização individual [...] como meio de controlar os fatores que interferem negativamente na promoção de saúde”, sendo alimentado por racionalidades técnicas e minimizando a potência de sua produção na coletivização das relações.

Aliando, portanto, essa dimensão de cuidado às formulações acerca do afeto, como pretendido pelo foco deste artigo, duas dimensões do afeto podem ser anunciadas, amparadas na leitura de Sawaia (2009) e Spinoza (1677/2007): a da mudança, modificações que corpo e mente retêm na forma de emoções e sentimentos (*affectus*), e a da experiência da afetação (*affection*), isto é, a do poder de ser afetado pelas relações.

O afeto (*affectus*) para Spinoza (1677/2007) seria a transição de intensidade, passagem de um estado de potência a outro, gerada pelas afecções (*affections*) que o corpo e a mente recebem na existência. A relação do afeto com as afecções irá caracterizar as formas de interação que os sujeitos desenvolvem ao longo da vida e, neste sentido, aproxima-se das condições de produção de vínculos de cuidado nas distintas esferas de vida, especialmente, nos processos de trabalho em saúde e saúde mental.

Bittencourt (2008) destaca que, considerando as proposições espinosanas, estas podem ampliar ou diminuir a nossa capacidade de agir, dependendo das circunstâncias pelas quais nos afetamos nas relações. Segundo o autor, quando uma interação impressiona extensivamente nosso corpo, esta faz com que se origine desse evento um dado afeto, podendo ampliar nossa capacidade de agir no mundo ou, da mesma forma, restringindo-a.

Neste caminho, Sawaia (2009) debruça-se sobre os postulados de Spinoza (1677/2007) para relacionar a afetividade como um ato ético-político e que, portanto, está contido na realidade social, tendo como efeito de suas nuances, as transformações entre sujeitos e sociedade. O caráter relacional e a forma com que estas relações irão repercutir positivamente ou negativamente – não em relação estritamente dicotomizante, mas sim no sentido de movimento e investimento afetivo – nas potências de agir, seriam, de acordo com Spinoza (1677/2007), designados como afetos felizes ou tristes. Os afetos felizes relacionam-se, portanto, a um estado de excitação ou de contentamento, aumentando a potência de agir do indivíduo. Já os afetos tristes estariam carregados de dor e de

melancolia, ocasionando sentimentos negativos ao sujeito, diminuindo a sua potência de interação no mundo.

O breve levantamento conceitual espinosano apresentado até o momento contribuirá para sustentar as análises propostas no presente artigo, à medida que, ao considerarmos a realidade das instituições de saúde mental (especialmente os CAPSad) e a forma com que profissionais e usuários relacionam-se entre si, as mediações de afeto podem ser observadas como condição viabilizante das configurações vinculares para o exercício do cuidado. Ou seja, aponta-se que o afeto é dimensão ético-política constitutiva e constituinte dos modos de cuidado promotores dos vínculos que se dão nos encontros. Por isso, compreender performances, sentidos e condições dos vínculos nas relações profissionais-usuários-instituição, podem auxiliar os estudos sobre o trabalho em saúde mental, como se faz na presente investigação, a seguir apresentada em seu percurso metodológico.

### **Método**

Como forma de operacionalizar investigações com foco na discussão e análise sobre os modos e performances dos vínculos na construção das possibilidades de cuidado em saúde mental, mediados sobretudo pela dimensão afetiva, foram realizadas pesquisas em duas cidades de diferentes regiões do país com objetivos similares. Assim, o percurso metodológico aqui abordado apresenta a constituição de duas pesquisas que tiveram sua execução no período de agosto de 2017 a junho de 2018, junto aos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), envolvendo usuários(as) e trabalhadores(as) da equipe técnica da cidade de Fortaleza (CE), no nordeste, e de Juiz de Fora (MG), no sudeste brasileiro. Cidades estas que são locais de pesquisas, como campo de polos de investigação, em que dois dos pesquisadores-orientadores dessa pesquisa realizavam intercâmbio formativo sobre realidades na atenção em saúde mental e políticas de cuidado.

O desenho metodológico qualitativo, de base exploratória e descritiva, permitiu a aproximação de investigações implicando um sentido singular sobre as narrativas produzidas como informação. Esse tipo de estudo tem como objetivo compreender o

fenômeno de forma aprofundada, pretendendo uma análise no nível crítico da realidade (Minayo, 2010).

Sendo assim, os cenários de investigação deram-se, respectivamente, no CAPSad de Fortaleza (CE), no qual se deu o acesso a usuários do serviço; e do CAPSad de Juiz de Fora (MG), configurando a pesquisa com a equipe técnica de referência dos equipamentos. Ambas as frentes de investigação foram aprovadas nos referentes Comitês de Ética em Pesquisa, e seguiram, como horizonte de produção do conhecimento, perspectivas de uma pesquisa ética e política, onde as concepções metodológicas se articulam em uma relação dialógica, atravessada por sentidos que acontecem a partir da relação com o outro (Cardona, Cordeiro, & Brasilino, 2014).

A entrevista semiestruturada foi utilizada como ferramenta de levantamento de informações, considerando-a, como propõem Boni e Quaresma (2005), facilitadora de um contexto confortável para o diálogo e de maior aproximação entre as partes envolvidas no processo investigativo. As entrevistas funcionaram também como modo de acesso às implicações afetivas dos entrevistados, atrelando os sentidos de suas práticas e experiências. No total, 10 informantes foram acessados, sendo 5 usuários do serviço e 5 profissionais da equipe técnica.

No âmbito da nordestina capital cearense, o município de Fortaleza dispõe de 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAP), dos quais, seis são serviços da modalidade “Geral”, sete na modalidade “AD – Álcool e Drogas”, e dois “CAPS i” (do tipo “infanto-juvenil”). Considerando a extensão e população de Fortaleza (com quase 2,7 milhões de habitantes), o sistema de saúde está dividido em Secretarias Executivas Regionais (SER). O referido estudo teve como campo de pesquisa o CAPSad da Regional Administrativa V, que cobre a população de 541.511 habitantes.

Já no contexto sudestino da Zona da Mata mineira, o município de Juiz de Fora conta com um equipamento de saúde mental para atendimento voltado às demandas de álcool e outras drogas, sendo um CAPSad do tipo III. A RAPS no município é composta por: 3 CAPS Geral, 1 CAPS infanto-juvenil, Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM). A população de 516.247 habitantes juiz-foranos, é proporcional àquela em que o CAPSad de Fortaleza assiste em sua respectiva região de saúde, em divisão administrativa da capital cearense.



Considerando tais conformações socioespaciais e sanitárias, os materiais levantados a partir das entrevistas constituíram um arquivo único. A composição documental ocorreu a partir da transcrição das entrevistas e aproximação dos pontos de encontro entre as narrativas suscitadas por seus roteiros, especialmente as que se desenhavam em torno das categorias de “modo ou performances dos vínculos”; “o afeto como vínculo”; e “as condições de dependência e/ou emancipação”. A análise de narrativa possibilitou que as discussões sobre o material produzido a partir da interseção entre os estudos, pudesse oferecer caminhos para pensar as condições de produção e promoção do vínculo no exercício do cuidado em saúde mental, mediados pela dimensão afetiva.

Assim, as narrativas ocuparam papel atravessador do material qualitativo na perspectiva da presente pesquisa. Nessas, foram considerados, então, os lugares que se partiam para descrever os sentidos produzidos no reconhecimento do mundo em suas regras do jogo (Castro & Mayorga, 2019), a partir da coletividade que se vivenciava: em um fio de encontro, os usuários - como àqueles participantes da pesquisa, no CAPSad em Fortaleza - no outro fio, os profissionais - como àqueles trabalhadores do serviço em Juiz de Fora. Ao invés de tematizar as diferenças sobre os cenários e papel exercido pelos participantes (profissional ou usuário) no CAPSad, as teias construídas diziam dos potenciais de vínculos nas diferentes formatações sobre os dilemas éticos-políticos da assistência em saúde mental no campo específico das drogas.

Considerando os(as) frequentadores do CAPSad pesquisado, na cidade de Fortaleza – CE foram entrevistadas cinco pessoas, sendo 1 jovem (de 28 anos), 4 adultos (de 30 a 59 anos), 2 do sexo feminino e 3 do masculino. Em relação ao período de tratamento no CAPSad, todos se inseriram em um intervalo entre 9 meses e 9 anos, superando o limite mínimo para participação na pesquisa que era de 6 meses.

Na pesquisa paralela realizada em Minas Gerais, participaram 5 técnicos no total, entre esses, 4 mulheres e 1 homem, com idade entre 27 anos e 43 anos. Quanto ao tempo de experiência no trabalho, os profissionais entrevistados tinham entre 4 meses a 5 anos no serviço. Os participantes usuários do serviço serão identificados pela letra U; e os profissionais pela letra P, ambos seguidos de numeração que os diferencie. Realizadas as devidas categorizações, o debate foi sistematizado como se explicita no item a seguir.

## **Resultados e Discussão**

A discussão das narrativas orientou-se pela produção de reflexões críticas, à luz da ética-política espinosana dos afetos, sobre os modos de configurações vinculares ou as distintas performances advindas destes. Os eixos que expressam as categorias analíticas, foram divididos em: Eixo 1: “Da construção aos modos de existência dos vínculos”; Eixo 2: “O afeto como modo de vínculo” e Eixo 3: “A Dependência ou a Emancipação”.

### **Eixo 1: Da Construção dos Vínculos aos seus Modos de Existência**

O presente eixo objetiva explorar, através das narrativas dos técnicos entrevistados, de que forma o acolhimento e o acompanhamento diário, enquanto práticas das equipes de saúde mental, podem resultar na construção conjunta de vínculos afetivos relevantes para a atenção aos usuários dos serviços do CAPSad. De acordo com as percepções dos técnicos, é no ato de acolher e de acompanhar diariamente as pessoas usuárias deste serviço, que os vínculos de cuidado surgem, ganham sentido e se fortalecem, mediando as possibilidades que circundam o tratamento.

O acolhimento como prática nos equipamentos de saúde mental da RAPS, se refere a uma das performances de construção do vínculo e é designado como o primeiro momento a ser experienciado por toda pessoa que passa pela instituição. O momento de acolhimento, ou seja, aquele em que o/a usuário é recebido e ouvido pela equipe, aparece como ponto de início de um tratamento junto a um técnico de referência, ou como continuidade em demais momentos da prática profissional, especialmente aqueles relacionados à necessidade de escuta às demandas dos/as usuários/as. Também de forma consensual, o sentido do acolhimento está atrelado à possibilidade de construção de vínculos, porém, essa via da probabilidade é permeada por múltiplos fatores, que poderão ora favorecer o vínculo, ora dificultá-lo. Conforme citado a seguir por P2, às condições de surgimento do vínculo são atribuídos fatores relacionais, que direcionam ao acolhimento a possibilidade de performar ações de valorização sobre o usuário, ou sobre a recepção da demanda no serviço.

*[...] a forma que a gente acolhe o usuário, a gente profissional, eu. Como que eu recebo ele, como eu olho pra ele, como eu valorizo a queixa, como*

*valorizo sua demanda, como valorizo a pessoa que ele é, assim surge o vínculo.*

Além da perspectiva relacional, o acolhimento como “primeiro contato” é reverberado em narrativas que o constroem enquanto momento ímpar para estabelecimento de laços que podem viabilizar as práticas de cuidado. A narrativa do participante P5, ilustra essa relação:

*O acolhimento é o primeiro contato né? Acho que depende muito de como que esse usuário chega, acho que o vínculo ele é muito subjetivo, individual. [...] depende de como a gente tá no dia, não só o usuário, mas às vezes tem dias que estou mais aberta, outros tenho mais dificuldade para estabelecer essa conexão (P5).*

Assim, o acolhimento enquanto momento e enquanto ato - ação singular de encontro com o outro no cuidado em saúde - precisa proporcionar, tanto para técnicos, quanto para usuários do serviço, ainda que se considere que os papéis de usuários e técnicos são distintos, um ambiente de cuidado, respeito e acolhida. Neste sentido, convoca a uma posição ativa da equipe técnica no sentido de agenciar a posição do usuário do serviço como sujeito desse cuidado. Contudo, vale ressaltar, conforme lembra Heckert (2007), que tais agenciamentos sobre o cuidado devem apontar para o questionamento de práticas que valorizem unicamente saberes hegemônicos e tecnicistas, em detrimento dos saberes cotidianos, constituídos pelos próprios sujeitos para lidar com as suas condições de vida. Desta forma, as cenas de acolhimento configuram-se em momentos de significativa relevância para a construção dos vínculos de cuidado, pois, muitas vezes, irão se configurar como o primeiro contato do usuário com a rede de atenção, podendo contribuir para a produção de percepções e afetações, sendo elas positivas ou não, de maior adesão ou não, com relação aos serviços.

De forma unânime entre os entrevistados, a possibilidade de manutenção dos vínculos e aprofundamentos dos mesmos, apresenta-se no sentido de “acompanhamento”. A narrativa do vínculo como “acompanhamento” se faz pela configuração através de momentos diários, a partir dos quais a consolidação das ações se evidencia, bem como o

aprofundamento das relações entre técnicos e usuários e sua dinamicidade. Nas palavras de P5:

*[...] enquanto eu era referência, eu fui conhecendo melhor o usuário, e a minha visão sobre ele foi mudando, é muito interessante. [...] O vínculo vai se desenvolvendo aos poucos no dia-a-dia, no contato, [...] uma construção, acho que dinâmica, né? Por ser dinâmico, ele muda. Tanto a gente muda, como o outro também muda.*

Uma certa valoração moral pode ser encontrada em meio às práticas de profissionais que se dedicam ao cuidado em saúde mental considerando atravessamentos históricos que compõem as narrativas sobre o uso de álcool e outras drogas, assim como sobre a própria atenção psicossocial. Segundo Jamra, Carvalho e Santana (2016) apesar de recorrente, o juízo moral quanto ao consumo de drogas ilícitas deve estar em suspenso durante a atuação profissional. Na tentativa de apresentar uma alternativa a tal configuração moral, P2 aborda:

*A gente é muito mais que a substância que a gente usa, sempre falo isso com o paciente, quando eles vão se apresentar [...] Ele faz uso daquela substância, mas ele não é ela. [...]. É preciso mostrar que eles são mais que isso.*

Nas tramas da análise das narrativas, faz-se notória uma qualificação sobre a formação do vínculo como sendo algo individual, dependente de uma construção pessoal que cada profissional faz com o(s) usuário(s). No entanto, Rodrigues e Guareschi (2018) ressaltam a necessidade do trabalho em rede para a construção e manutenção do vínculo, além do entendimento das redes de práticas heterogêneas pelas quais o objeto vínculo é performado.

A vinculação assume, portanto, distintas performances que irão se modificar, de acordo com a relação estabelecida, bem como os atravessamentos e contingências dessa relação. Tal como afirmado na narrativa de P1 “[...] essa relação vai depender da construção que você vai fazer em relação ao projeto terapêutico do sujeito”.

Nessa direção dos distintos contornos que se podem existir e performar os vínculos, o último relato deste eixo (I) indica, por fim, que a dimensão individualizante

do vínculo, ou aquela relação em que se vincula o usuário e profissional, única e exclusivamente a dependência de um profissional, pode até mesmo dificultar o tratamento, desfavorecendo o trabalho em rede, e centralizando-o a atuação de um técnico-protagonista, como se vê no relato abaixo:

*[...] não gosto quando o vínculo é só com o técnico. Quanto tenho usuários muito vinculados a mim, eu começo a diluir isso na instituição, [...] O vínculo tem que ser com o serviço, ou seja, com o tratamento dele, o vínculo tem que ser com a rede de tratamento (P1).*

Ou seja, o que se aponta é que em relação ao vínculo institucional, um/a dos/as profissionais, se posiciona referindo que para que o tratamento aconteça, o vínculo precisa ser realizado também com a instituição, com O CAPSad e a rede (RAPS), apontando que o vínculo com relação ao técnico é insuficiente se encerrado nele mesmo. Se as condições de produzir vínculos e fazê-los sustentarem-se tem a ver com os modos de organizar o cuidado em saúde (Cruz, 2009), então o que este primeiro eixo de discussão aponta é que tecnologias de encontro (como o acolhimento e as formas de fazer o acompanhamento diário) são os principais meios que os profissionais indicam para o emergir de relações.

Relações essas, permeadas de saberes, poderes, desejos e necessidades em que o afeto emerge como aquela dimensão em que se pode caracterizar as formas de interação desses sujeitos. Configuram-se então, afeto e o modos de cuidado, como teias imbricadas em que o Eixo 2, a seguir, trata em mais detalhes.

## **Eixo 2: O Afeto Como Modo de Vínculo**

Nesta secção, explora-se o sentido atribuído ao afeto enquanto prática, – especialmente nas narrativas dos técnicos do CAPSad – apresentando-o como um elemento passível de transformar as relações já estabelecidas. Na prática cotidiana, parece consensual, entre os profissionais entrevistados, que o afeto se apresente de modo diferente em cada relação, podendo transitar entre performances que o designam enquanto “positivo” (produtor de encontros) e “negativo” (paralisantes ou insertor de “filtros”). Isto é, nem sempre a dimensão afetiva se apresentará como algo bom para alguma ou ambas as partes envolvidas nesse processo. Em paralelo a isso, consoante à filosofia de Spinoza, podem-se tecer aproximações com o conceito de *conatus*, a potência

de agir que irá variar de acordo com as afetações sofridas pelo corpo e mente. A variação positiva da potência, constitui a alegria, enquanto a variação negativa, constitui a tristeza (Gleizer, 2005; Bertini, 2014).

O afeto, em sua não linearidade, apresenta variações quanto às condições para a sua emergência. À medida em que os encontros se dão, os vínculos se formam e ganham sentidos. Bertini (2014) afirma que, as afetações são o caminho, ou seja, o movimento feito pelos corpos, que se afetam e são afetados na dinâmica dos encontros. Corroborando com os expostos, o participante P4 correlaciona o retorno do usuário para o tratamento naquela instituição, com uma boa vinculação inicial:

*[...] acredito que o afeto aparece sim, quando por exemplo, o usuário se vincula ao serviço, a gente vai por um afeto de uma via bastante positiva, então o vínculo com o serviço, o fato dele, ao invés de ir para um outro lugar e vir aqui, vir me procurar [...] é vínculo. [...]. Então, isso passa pela via do afeto e eles trazem esse retorno.*

O afeto surge como um “bom encontro”, de acordo com a ética espinosana, quando narrado pelos profissionais como auxiliar ou facilitador de algum aspecto no processo de tratamento. Em sua faceta positiva, potencializa as ações, gera autonomia e liberdade, podendo ser expresso, em sua representação maior, pela alegria (Cabral, 2015). Já em sua conotação negativa, como encontros tristes na perspectiva de Spinoza, o afeto é configurado a medida em que ele cria condições de fragilidade para o tratamento. De acordo com o participante P1, o afeto como algo supostamente ruim pode surgir da seguinte maneira:

*[...] a gente tem que ter filtro, não pode basear o tratamento em afeto, puro e simplesmente, [...] a gente precisa ter filtro, e que a gente saiba manter essa questão do afeto no seu devido lugar, [...] se afetar, sem atrapalhar.*

Na visão narrada, é preciso haver um “filtro” que mantenha o afeto “sob o controle do profissional”. A própria dimensão de um suposto controle a ser empregado na relação profissional - efeito de uma perspectiva positivista pautada no pilar de neutralidade - infere uma dimensão do afeto relacionada mais especificamente à emoção e, não a uma

postura ético-política de transformação do mundo. A prática atravessada pela práxis afetiva, inicialmente, aparece nas narrativas como algo não necessariamente embasado em uma racionalidade técnica, mas como advindo da condição humana demandando, portanto, controle; e atribuindo sentido negativo ao afeto. Para Cabral (2015), o sentido negativo se encontraria na despotencialização das ações, coadunando para a gestão da servidão e, em sua expressão máxima, representando a tristeza; não padecendo, portanto, de controle mediado pela racionalidade técnica.

Dois participantes da pesquisa reforçam a ideia do afeto como parte de uma atuação “sem técnica”, identificado como algo que pode findar as relações constituídas. No primeiro relato, o entrevistado diz não saber se seria “correto” mediar sua prática através do afeto, mesmo considerando que este é essencial para as relações e a construção de vínculos nos trabalhos do serviço.

*Como eu te falo isso? É extremamente importante... tem afeto? Tem. Não sei se está certo, [...] eu não sei o que você me falaria, olha você está errando, você não pode se envolver, você não pode tratar eles assim, tem que ser mais profissional, mas o que é mais profissional do que ser gente? [...] (P2).*

O relato de P1, aponta o afeto indicado como performance de “envolvimento” entre profissionais e usuários do serviço, reafirmando-o enquanto ato que demandaria controle. Como é possível perceber na sequência: “[...] enquanto seremos humanos, nós nos afetamos, mas é preciso ter filtro, é preciso ter técnica, é preciso compreender e ter bem claro que você está aqui trabalhando para que o outro tenha uma melhoria na vida dele [...]”.

Logo, para os(as) participantes, o afeto técnico/instrumentalizado é compreendido como passível de ser utilizado no dia-a-dia, sob justificativa de seu possível controle. Essa ideia caminha na contramão do que é proposto pela ética psicossociológica espinosana, na qual o afeto que “extrapola seus limites” é justamente o que pode operar no sentido de agenciar os bons encontros. A transformação das práticas de cuidado por meio do afeto se dá justamente no encontro que produz potência, reconhecendo as diferenças e a pluralidade dos vínculos que são construídos e, abre margem para a transformação das

relações, podendo alcançar a dimensão ética e política, pois enxerga o outro em sua singularidade.

Por sua vez, a instrumentalização extrema, que evidencia a predominância de um saber técnico hegemônico e normativo nas práticas profissionais, parece minar os encontros. E quando assim o faz, retira também a força da relação com o outro, perdendo nesta trama a sua potência ético-política no ato de cuidar, proporcionando caminhos para encontros que serviriam à tristeza política.

Nas contribuições de Bertini (2014, p.83), “é na experiência que os encontros se dão, sendo através deles que os corpos compõem ou não com os outros corpos, na distinção que os leva a uma potência maior ou menor, respectivamente”. O afeto quando potencializado, apresenta-se na probabilidade de estabelecer relações de cuidado horizontais e singulares. Como apontado por P4: “[...] *o afeto é um recurso que pode auxiliar-nos, ele não é definidor, não é isso que vai definir, mas ele é um recurso potente para a questão do vínculo*”.

Assim, a possibilidade apontada, pelos profissionais, do afeto como “somativo” à técnica, não o aponta como “o” (único) definidor das relações, mas como meio de superar justamente a condição do cuidado centralizado pela técnica – típico na hegemonia biomédica, cuja racionalidade se calca em uma instrumentalidade em que os sujeitos são reduzidos a patologia (Alves, 2009) e deflacionados ou mesmo esvaziados de seus conteúdos de vida em nome de uma ação cujo foco é, usualmente, remissão de sintomas de um sujeito despersonalizado (Lima & Oliveira, 2020; Oliveira, 2018). O afeto age, então, em vez de somativo a técnica, como redimensionador das relações de cuidado quando é fomentador de encontros cuja sua potência está na construção e transformação dos vínculos existentes entre técnicos e usuários do serviço.

### **Eixo 3: As condições de “dependência” / servidão e construção da autonomia /ou lampejos de emancipação**

Este último eixo discute, através de narrativas dos usuários do CAPSad, relações vinculares evidenciadas entre possíveis construções, por vezes convergentes e por vezes paradoxais, de proteções e autonomia. Ou seja, narrativas que evidenciam ora as denominadas relações de servidão (como estudadas na perspectiva espinosana) e por isso



mesmo indicam configurações relacionais de dependência – categoria aqui utilizada como análoga a “institucionalização” do sujeito para com as instituições em saúde mental e não como termo para caracterizar e estigmatizar os sujeitos nas suas relações com as substâncias psicoativas, como corriqueiramente usado nos CAPSAd. Ora, narrativas em que as relações denotam construção de autonomia, o que indicaria configuração de possíveis lampejos de emancipação dos modos de vida, nos usuários, marcados pela estigmatização e exclusão.

Considerando as narrativas dos usuários entrevistados, sobre como estes perceberam o acolhimento no CAPSAd, ou em locais que receberam cuidados, observou-se o destaque dado ao acolhimento recebido, propiciando um ambiente seguro e confiável aos mesmos. Observam-se estas afirmações por meio das narrativas de alguns usuários, como a de U2: “*Vim encontrar apoio aqui. Nem na minha família eu tive*”. O recorte da narrativa de U1 elucida esta relação:

*Eu acho que você se vincula porque tem a necessidade de buscar coisas que você não tem e vai ter coragem de falar, sabe? O vínculo vem disso e você como terapeuta me passa segurança, essa confiança e você não tá interessado no meu comportamento, na minha forma de falar, principalmente de não ser julgado*

O cuidado em saúde enquanto relação intersubjetiva se desenvolve “num tempo contínuo e além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abrindo espaço para a negociação e inclusão do saber, do afeto, dos desejos e das necessidades do outro” (Cruz, 2009, p. 97). Assim, se o cuidado é encontro, afetividade e vínculo estão imbricadas em suas condições intersubjetivas e objetivas de sua produção.

Além da perspectiva relacional entre usuários e profissionais, foi destacada nas narrativas a estigmatização sofrida pelos usuários em suas famílias, estando relacionada à dificuldade em lidar com os desafios decorrentes do uso de substâncias, apresentado na narração de U1: “*Não posso sentir uma dor de cabeça ou dor de dente que eles dizem que é por conta da droga. Sou como se fosse a ovelha negra da família*”.

Em contrapartida, os participantes destacam as posturas acolhedoras como formas de favorecer bons resultados para o seu tratamento ao sentirem-se respeitados pelo que são, fortalecendo vínculos entre profissional e usuário. A carência, também foi destacada

como uma característica frequente nos indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas, como demonstra o recorte da narrativa a seguir:

*Além dessa confiança que você tem é a situação da dor que você tá sentindo que faz com que você se entregue e você não querer se libertar daquilo. Não tem como saber sozinho e outra coisa: a carência que você tem, porque eu tenho certeza que todo usuário de droga é extremamente carente (U1).*

A necessidade relacional destacada por U1 coaduna com a aposta de Spinoza (1677/2007), acerca do caráter relacional dos indivíduos, apontando novamente para a singularidade de afetar-se e de ser afetado nas relações sociais. Segundo o autor: “Padecemos, portanto, à medida que somos uma parte da natureza, parte que não pode ser concebida por si mesma, sem as demais” (Spinoza, 1677/2007: 273).

Considerando a realidade das instituições de saúde mental e a forma com que se configuram as relações (usuários-profissionais-serviço-política pública), constroem-se distintas possibilidades de afetos felizes ou tristes. Assim, o serviço atua como operador relevante da produção do cuidado, possibilitando encontros que possam promover abertura ao processo de mudança em relação ao tratamento. Por isso, as problematizações sobre os vínculos e as relações de “dependência” – em expressão análoga aos cuidados que promovem “institucionalização” do sujeito, como nos serviços de lógicas asilares –, fazem-se necessárias, fortalecendo as bases das discussões sobre a produção de saúde conjunta ao/com o território e com redes sociais de apoio que extrapolam a própria instituição de referência.

Em contraponto, ao serem adotadas posturas de acolhimento, realizadas em serviços que estimulem a autonomia e o vínculo com o território, observam-se possibilidades de um cuidado emancipatório. Assim, as propostas de vínculo que possibilitem autonomia e a produção de um cuidado corresponsável, apontam para a prática da construção do vínculo como uma autonomia possível.

Em meio às narrativas sobre a relação com o serviço, observa-se que este pode produzir distintas formas de relação entre usuários e profissionais, desdobrando-se em movimentos de autonomia ou dependência das ações. Contudo, ressalta-se que este crescimento pode ser compreendido dentre as configurações possíveis, fugindo da

idealização de um movimento autônomo por igual. Especialmente, em uma sociedade com processos de subjetivação pautados em lógicas de naturalização de desigualdades, imbricados em processos de segregação e divisão de classes e mecanismos avassaladores sobre os indivíduos. Assim, convém questionar: quais as reais possibilidades de se promover autonomia?

Spinoza (1677/2007) destaca que qualquer coisa ou pessoa pode ser causa de alegria ou de tristeza ao indivíduo. Assim, a dependência ou institucionalização poderiam surgir como um tipo de afeto triste, diminuindo a capacidade de agir e as possibilidades de autonomia. Todavia, por meio de um cuidado corresponsável e pautado na abertura ao diálogo, há possibilidades de acolhimento e valorização dos usuários. Tal tipo de relação configura-se como um afeto feliz, pois cria condições para a autonomia, por meio da construção do vínculo e da corresponsabilização, aumentando a potência de agir e ampliando os horizontes de vida dos indivíduos. Tais relações podem ser observadas a seguir.

*Eu tô tentando me conhecer mais, fazer atividades, entrar pra academia. Tô começando a meditar, que é bom. Caminhar, dar cinco mil passos por dia. Tô cheio de ideias, vou voltar a trabalhar agora, quero consertar meus dentes. Tenho que fazer minha casa também, eu moro só num quartinho (U3).*

Além disso, percebe-se na narrativa de U1, as mudanças proporcionadas pelo processo terapêutico, podendo operar como promotor de uma postura ativa e autônoma em relação à própria vida, compondo análises sobre a produção das paixões alegres e de movimento para a produção de vida como ferramenta transformadora.

*Eu acho que é necessário para todo mundo sabe? Acho que todo mundo perde uma grande oportunidade com seu eu, apesar de ser extremamente dolorido, porque quando terapeuta é bom ele em 34 palavras te deixa pensativo a semana inteira (U1)*

Por outro lado, e encerrando o debate proposto neste terceiro eixo, vê-se também nas narrativas dos usuários dos serviços as consequências negativas acarretadas pelas rupturas de vínculos formais de trabalho que assolam os trabalhadores da saúde. O que se aponta é o desfavorecimento da frequência dos usuários no serviço e a qualidade deste

cuidado, tornando-se descontinuado e demasiadamente instrumentalizado por relações que acabam por reduzir a estadia dos usuários as práticas de medicalização – típica instrumentalidade da racionalidade biomédica. Observa-se tal questão por meio do trecho a seguir: “*É porque a gente começa a conhecer a pessoa e se comunicar, aí quando vem outro, vai começar tudo de novo.*” (U5). U2 também destaca este sentimento por meio do seguinte trecho: “*Eu me senti muito triste, porque eu gostava muito dela. Eu até perguntei porque mudou?*”.

A rotatividade profissional aparece, em antagonismo às forças produtoras de bons encontros, como despotencializadora da autonomia construída nas relações mediadas por forças institucionais. Portanto, na rotatividade dos técnicos dos serviços, que se tem por efeito das constantes rupturas de vínculos formais de trabalho e estabelecimento novos ciclos de contratações precárias e temporárias, há uma linha tênue entre a possibilidade dos vínculos neste serviço de saúde mental: por um lado a relação com os profissionais parecem proporcionar autonomia e corresponsabilização, por outro, a sua tão rápida saída acaba por contribuir, na verdade e paradoxalmente, para relações de dependência e institucionalização pautadas na instrumentalização das práticas de saúde, via racionalidade biomédica.

### **Considerações finais**

Quando esse trabalho objetivou compreender, no campo ético-político dos estudos sobre o afeto, os modos como se criam condições para o processo de construção dos vínculos entre usuários e profissionais nas especificidades do CAPSad, a preocupação dizia sobre o compromisso em desvendar performatividades relacionais, que produzem (bons e maus) encontros no cuidado em saúde. Mesmo em *lugares* diferentes (como nas cidades mineira e cearense estudadas), os fios que foram lançados como *olhares* para compreender as teias dos afetos mostraram panos de fundo que, guardadas as diferenças regionais, colocaram o campo da assistência à saúde mental nas PSD, com encontros mediados por elementos sincrônicos.

Nos dois primeiros eixos de análise, evidenciou-se que nas formas que se produzem encontros, ainda que recheadas de situações moralizantes, é possível favorecer a potência dos encontros geradores de vida. Em resumo, a instrumentalização do cuidado pareceu competir com o afeto, na medida em que a "falta de técnica" pode ameaçar findar de sentido a relação. A diferença, o outro alterizado, pareceu ser o "risco" quando a racionalidade biomédica não consegue abarcar o campo afetivo como mediador da relação.

No último eixo, em que foram colocadas em relevo as narrativas dos usuários dos serviços, o debate girou em torno das concepções emergentes narradas e significadas sobre a dependência e autonomia possível na relação do cuidado. Se o contexto de disputas das políticas públicas refletiu as relações significadas pelos profissionais, não foi diferente entre usuários, contudo, com nuances específicas: o "mundo externo" ao serviço tem reiterado o usuário como incapaz de cuidar de si. A autonomia, assim, tem se configurado como um duplo potencial: possível forma de construção de superação da visão do denominado "usuário-dependente" (das lógicas institucionalizantes, especialmente), e também como forma de produzir pactos possíveis de corresponsabilidade sobre seus corpos e vidas, nuances assim de emancipação das lógicas estigmatizantes e patologizantes da vida.

Além disso, percebeu-se no estudo que a racionalidade biomédica, associada à certas condições de trabalho em equipe e configuração institucional dos poderes circulantes, podem atuar favorecendo a instrumentalização. Tais práticas anulam o "outro" (o usuário como diferença), pois a lógica instrumental do fazer dimensiona apenas parâmetros técnicos, como o dirimir sintomas, enquanto a afetação assume o "outro", como ser em relação tão destacada pelo filósofo Spinoza.

Se a relação instrumental e técnica (presente na racionalidade biomédica que atravessa distintos saberes, operando objetividades e subjetividades nos serviços de saúde) parece configurar-se em uma relação sujeito(eu)-objeto(outro) – objetivando os sujeitos em sintomas, carência ou protocolos de relação – a ética espinosana aplicada ao campo da saúde exige a relação sujeito-sujeito (eu-outro) sem que se anule a técnica, mas superando-a. A potência, no pensamento espinosano, como relembra Sawaia (2009), é a passagem da passividade à atividade, e só é possível por meio do outro (em relação) em que o afeto é o responsável pela união como um sujeito político coletivo (não

individualizado e objetificado). Potência que transforma a nós mesmos, tanto usuários quanto profissionais, como força para ação coletiva, cuja solidariedade e generosidade são afetos fundamentais (Sawaia, 2009) para produção de fortalezas (Spinoza, 1677/2007) úteis ao cuidado.

Não é possível um cuidado que liberte e produza vida que não seja aquele em que supera o que deprecia a vida. E a vida não se deprecia apenas pelo próprio uso das substâncias psicoativas. Senão, pelas relações tanto do homem com as substâncias, quanto das forças institucionais e daqueles sujeitos envolvidos em modos de cuidado, cuja vinculação sem mediação das afetações reduzem os sujeitos à tristeza da vida individual e racionalidade opaca, cujos sintomas são a metonímia do sujeito. A incerteza do encontro e abertura ao outro (em ambos os envolvidos na relação), situando as forças sociopolíticas que operam os encontros do cuidado em saúde mental, podem ser pequenos lampejos de libertação em que o cuidado, apesar da vida, produza a própria vida.

### Referências

- Alarcon, S. (2012). A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: Alarcon, S. (Org.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 45-62). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (11), 2309-2319. doi: [10.1590/S0102-311X2009001100002](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002).
- Bertini, F. M. A. (2014). A vivência ético-política-afetiva na comunidade. *Cadernos Espinosanos*, (31), 81-88. doi: [10.11606/issn.2447-9012.espinosa.2014.84029](https://doi.org/10.11606/issn.2447-9012.espinosa.2014.84029).
- Bittencourt, R. N. (2008). Para uma compreensão da política dos afetos na filosofia de espinosa. *Revista Filosofia Capital*, 3(7), 83-100. doi: [10.1590/2179-8966/2017/24762](https://doi.org/10.1590/2179-8966/2017/24762).
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80. doi: [10.5007/1982-3701.200500100002](https://doi.org/10.5007/1982-3701.200500100002).
- Brasil. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216*, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

- Brasil. Ministério da saúde. *Portaria N° 3.588*, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)
- Cabral, D. W. A. (2015). *Relação afetiva pessoa-ambiente na Prainha do Canto Verde: processos de participação comunitária*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza). Recuperado de:  
[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14633/1/2015\\_dis\\_dwacabral.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14633/1/2015_dis_dwacabral.pdf).
- Cardona, M; Cordeiro & R; Brasilino, J. (2014). Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In: Spink, M; Brigadão, J; Nascimento, V & Cordeiro, M (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Cruz, M. C. C. (2009). *O conceito de cuidado à saúde* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador). Recuperado de:  
<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10398>.
- Castro, R. D., & Mayorga, C. (2019). Decolonialidade e pesquisas narrativas: contribuições para a Psicologia Comunitária. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 14(3), 1-18. Recuperado de:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v14n3/11.pdf>
- Delfini, P. S. D. S., & Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 357-366. doi: 10.1590/S0102-311X2012000200014.
- Fernandes, C. J., de Lima, A. F., & Oliveira, P. R. S. (2019). Internamento E(sca)ncarado: coexistência da internação psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 40(1), 25-42. doi: 10.5433/1679-0383.2019v40n1p25.
- Fernandes, C. J., Lima, A. F., Oliveira, P. R. S., & Santos, W. S. (2020). Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-15. doi: 10.1590/0102-311x00049519.
- Gleizer, M. A. (2005). *Espinosa & a afetividade humana*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Heckert, A. C. (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: R. Pinheiro, Roseny & R. Mattos, Ruben, Araújo (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* (pp. 199-212). Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC.

- Jamra, C. C. A., Carvalho, L.; Santana, C. (2016). O encontro entre o profissional da assistência social e o sujeito em situação de rua. In C. Santana, Carmen & A. Rosa, Anderson. (Eds.). *Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social* (pp. 125-136). São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte.
- Lima, A. F. & OLIVEIRA, P. R. S. (2020) O uso das categorias espaciais na análise crítica da saúde mental: por territórios alternativos às Razões Instrumentais Sistêmicas. In: Barros, João Paulo Pereira; Antunes, Deborah Christina; Mello, Ricardo Pimentel (Org.). *Políticas de vulnerabilização social e seus efeitos*. Fortaleza: Imprensa Universitária.
- Minayo, M. C. S. (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (Org.). Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2019). Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde Nota Técnica nº 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019. Brasília-DF. Recuperado de: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
- Nota Técnica nº 11, de 4 de fevereiro de 2019.* (2019, 4 fevereiro). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações programáticas Estratégicas/Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Brasília. Recuperado em 23 julho, 2020 em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Oliveira, P. R. S. (2018). *Racionalidades, territorialidades e intersubjetividade: paralaxe para uma crítica às práticas de linguagem no cuidado em Saúde*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza). Recuperado de: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/33092>.
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (2017, 21 dezembro). Altera as Portarias Consolidação nº 3 e nº 6, de 22 de dezembro de 2017, para dispor sobre a RAPS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF.
- Quinderé, P. H. D., de Almeida Sales, F. D., Albuquerque, R. A., & Jorge, M. S. B. (2010). A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. *Saúde em debate*, 34(84), 137-147.
- Rêgo, N. G., Oliveira, P. R. S. D., Lima, A. F., & Holanda, R. B. (2017). Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação. *Revista Psicologia Política*, 17(38), 72-89.



- Rodrigues, L., & Guareschi, N. M. D. F. (jan/abr.,2018). A performance do vínculo na Política de Assistência Social. *Arquivos brasileiros de psicologia*. 70 (1), p. 161-174.
- Sawaia, B. B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 364-372.doi: 10.1590/S0102-71822009000300010.
- Spinoza, B (2007). *Ética*, (3ªed.) Traduzido por Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica. (Originalmente publicado em 1677).
- Simon, A. G., & Baptista, T. W. D. F. (2011). O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2227-2241.