Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Os Processos de trabalho na construção do
cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro
de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da
Infância e Adolescência (CAPS ADi)

Isabella Teixeira Bastos

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

*Área de concentração: Saúde, Ciclos
de Vida e Sociedade*

*Orientador: Prof. Associado Alberto
Olavo Advíncula Reis*

São Paulo

2013

Os Processos de trabalho na construção do
cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro
de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da
Infância e Adolescência (CAPS ADi)

Isabella Teixeira Bastos

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

*Área de concentração: Saúde, Ciclos
de Vida e Sociedade*

*Orientador: Prof. Associado Alberto
Olavo Advíncula Reis*

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico essa dissertação às pessoas que originaram essa jornada, meu pai e minha mãe, Clovis e Heloisa Bastos. Minha mãe, quando ela fazia o mestrado e eu ainda no seu ventre, pude aprender o sentido de persistir nos meus ideais. Ela deu origem a essa história e ao desejo concretizado nesse manuscrito.

Dedico também essa realização à minha avó Humbertina Gazel, uma libanesa, cabocla, cigana, muito batalhadora, que sempre me apoiou nas viagens que fiz, a principal delas, para longe de casa e junto das coisas que queria conquistar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os colegas que mesmo sem perceber contribuíram para a realização desse trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ – pelo apoio financeiro (Processo 132856/2011-5).

Ao meu orientador, Alberto Advíncula Reis que dedicou sua produção acadêmica à saúde mental da infância e adolescência e aceitou essa paraense no Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública - LASAMEC - a fim de pensar e produzir coisas na área, sendo a esta dissertação um desses produtos.

Aos meus colegas de LASAMEC e da Pós-Graduação na Faculdade de Saúde Pública que acolheram minhas dúvidas e angústias e enriqueceram meu trabalho de outras questões ainda inquietantes e atuais.

Aos meus “xarás” de orientador Moacyr Bertolino Neto, Camila Muylaert e Patricia Delfini em muitas de nossas conversas, parcerias de disciplina, reflexões, auxílios, conselhos, disputas por horário de orientação e cuidados um com o outro.

À Secretaria de Saúde de São Bernardo, que acolheu o meu projeto e o desafio de constituir uma rede de saúde que agregasse a dúvida e crítica à construção de uma política pública para a saúde mental da infância e adolescência na especificidade do uso abusivo de drogas, área tão severamente “criminalizada” na discussão medicalizadora e enviesada dos meios de comunicação de massa sobre a saúde mental pública atual.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas da Infância e Adolescência - CAPS ADi - de São Bernardo do Campo que me receberam de forma amistosa e dedicada no seu ambiente de trabalho.

À Prof^a. Laura Camargo Macruz Feuerwerker que acreditou na realização desse projeto, acolheu minhas angústias na disciplina e fora dela e, propôs questionamentos ao que foi trazido do campo de pesquisa.

Aos colegas do grupo em Micropolítica do Trabalho da Faculdade de Saúde Pública e as nossas discussões acerca de qual ciência estávamos produzindo e como isso se refletia nas histórias de pessoas oriundas da rede de saúde.

Aos amigos Emmanuela Amorim, Tayane Weinert, Leandro Sussmann, Edgar Toiço e Thiago de Paula meus observadores nos grupos focais e colaboradores das minhas andanças, reflexões e outras ‘coisinhas da vida’ no CAPS ADi em São Bernardo do Campo.

Aos familiares que estiveram por perto nos momentos em que pude estar perto fisicamente e nos momentos em que me mantive enclausurada em casa para escrever, absorta em minhas divagações, estranhamentos, estagnações e movimentos de produção.

As queridas amigas Fernanda Lobo e Carmen Erica Gonçalves que mesmo distantes fisicamente não deixaram de acompanhar os bastidores e, às vezes, as cenas “em ato” do mestrado na Faculdade de Saúde Pública.

Aos amigos Natalia Horie, Karen Sakata, Ulisses Medeiros e Dário Schezzi e outros, professores e amigos da dança no Clube Escola do Butantã e da Faculdade de Saúde Pública, que transformaram alguns momentos de estagnação e paralisia em inspiração e movimento nas histórias com a dança, a música, a poesia, a culinária, outras conversas e projetos ao pé do ouvido partilhados. Segundo meu amigo Dário, citando Merleau-Ponty, “nosso trabalho é a expressão do nosso corpo e tudo que modifica nosso corpo, muda sua expressão”.

Em certo sentido, somos todos tripulantes de uma ampla embarcação sem qualquer destino. E, na busca por novos caminhos, vamos descobrindo gestos solidários e ações ensandecidas de humanidade. Neste navio planetário é preciso jogar ao mar os manicômios e todas as práticas que lhe são correspondentes. Faríamos o bastante, penso, se víssemos no outro um sujeito dono de carecimentos e desejos. Talvez esta seja a "senha" que nos é proposta pelos trabalhadores em saúde mental (...) (Marcos Rolim, 1991).

BASTOS, IT. Os processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas da infância e adolescência - CAPS ADi. [dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Resumo

Introdução: O sofrimento psíquico infanto-juvenil foi historicamente atrelado às limitações cognitivas (idiotia infantil) e à necessidade de ação sobre o abandono e delinquência juvenil e traz em seu bojo práticas de cuidado historicamente segregadoras e médico-científicas moralizantes. A assunção do Estado às práticas de cuidado à infância e adolescência principalmente nos movimentos reformadores da década de 80 no Brasil – construção do Sistema Único de Saúde e Reforma Psiquiátrica – reivindicou um novo olhar em torno desse cuidado, o que foi concretizado na construção de uma política de cuidado infantojuvenil enredada estrategicamente nos CAPS infantojuvenis, bem como na necessidade dos processos de trabalho que apoiassem práticas “interseçoras” e relacionais produtoras de usuários sujeitos de direitos nesses estabelecimentos. **Objetivo:** Evidenciar a relação entre as modalidades de produção de cuidado em saúde mental e os processos de trabalho desenvolvidos em um CAPS ADi. **Método:** cartografia dos processos de trabalho com profissionais de um CAPS ADi de São Bernardo do Campo - São Paulo e dois usuários do estabelecimento. Utilizou-se a metodologia do “caso-traçador” na congregação de quatro focos de análise sobre dois casos emblemáticos atendidos no CAPS: observação do cotidiano de trabalho, caracterização, grupos focais com profissionais e entrevistas com dois usuários. **Resultados:** Os resultados apontaram para uma dinâmica de trabalho bastante complexa e atravessada por questões cotidianas do serviço, bem como por diferentes concepções acerca do cuidado, do que é projeto terapêutico e de como cuidar de adolescentes que trazem histórias sociais tão diversas quanto às suas famílias e situações de vulnerabilidade nas quais o uso abusivo de drogas se faz, por vezes, secundário em relação à demanda vivenciada dia-a-dia. **Conclusão:** É de suma importância construir espaços de reflexão e auto-análise para que os profissionais possam partilhar e rediscutir os processos de subjetivação gerados a partir de suas ações nos usuários e em si próprios, bem como, resignificar o sentido do cuidado e da existência de um Centro de Atenção Psicossocial voltado para crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas.

Descritores: Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas Infantojuvenil, saúde mental, produção de cuidado em saúde, processos de trabalho.

BASTOS, IT. The work processes in the construction of care: emblematic cases treated in Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs for Children and Adolescents. [dissertation]. São Paulo (BR): Faculty of Public Health São Paulo University; 2013.

Abstract

Introduction: The child and youth psychological suffering was historically tied to cognitive deficits and the need for action on child abandonment and juvenile delinquency. They will be cared for the practices historically segregated and medical-scientific moralizing. Nevertheless, the State care practices for childhood and adolescence, the emergence of specific knowledge about child and youth development, and especially the reform movements of the 80s in Brazil – the construction of integrated and universal health system, and psychiatric reform - demanded a new point of view around that care, what was achieved later in the construction of a policy of child and youth careful established in Child and Youth Psychosocial Care Centers – CAPSi and in need of work processes that supported relational practices intercessors and producing users having rights in these establishments. **Objective:** It aims to show the relationship between modes of production of mental health care and work processes developed in Child and Youth Psychosocial Care Center to treat drug abuse – CAPS ADi. **Methods:** The work process mapping with professionals and two users of Child and Youth CAPS to treat drug abuse at São Bernardo do Campo - São Paulo. We used the methodology of "case-tracer" in the congregation of four foci analysis on two emblematic cases seen at CAPS: observation of daily work, characterization and focus groups with professionals and interviews with two users. **Results:** The results showed a dynamic work quite complex crossed by the everyday issues of service, as well as different conceptions of care, which is the therapeutic project and how to care for adolescents who bring social stories as diverse as their families and vulnerability situations in which drug abuse is done sometimes secondary demand experienced day-to-day. **Conclusion:** It is extremely important to ensure spaces for reflection so that professionals can share and revisit the processes of subjectivity generated from their actions on users and themselves as well, reframe the meaning of care and the existence of a Psychosocial Center facing children and adolescents who abuse alcohol and drugs.

Descriptors: Child and Youth Psychosocial Care Center to treat abuse of drugs, mental health, arrangements for mental care health, work process.

Sumário

APRESENTAÇÃO	11
1 – A PERSPECTIVA HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DE UM OLHAR DE CUIDADO SOBRE A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA	13
1.1 CUIDADO INFANTOJUVENIL EM SAÚDE MENTAL E SUA RELEVÂNCIA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.....	13
1.2 O CUIDADO ENQUANTO PRODUÇÃO DE UMA REALIDADE SUBJETIVA E POLÍTICA	23
1.3 CUIDADO E O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	31
2 – DO OLHAR ‘REFORMADOR’ AOS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE CUIDADOS E SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	37
2.1 A CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE PARA CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL	37
2.2 A POLÍTICA DE CUIDADOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DE SAÚDE MENTAL.....	45
3 – PROCESSOS DE TRABALHO E CARTOGRAFIA NA INSTITUIÇÃO: OS DESAFIOS NA CONSTITUIÇÃO DA DIMENSÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL	54
3.1 OS PROCESSOS DE TRABALHO E SUBJETIVAÇÃO PRODUZIDOS NA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	54
3.2 CARTOGRAFIA, ATRAVESSAMENTOS INSTITUCIONAIS E A CONFIGURAÇÃO DE ESPAÇOS DE TRANSVERSALIDADE NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL	60
4 – OBJETIVOS.....	67
4.1 OBJETIVO GERAL.....	67
4.2 ESPECÍFICOS	67
5 – METODOLOGIA	68
5.1 TIPO DE ESTUDO	68
5.2 LOCAL DE ESTUDO	68
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	69
5.4 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	69
6 – UM OLHAR PARA A REDE DE SAÚDE MENTAL NO CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE FAZEM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	77
6.1 PRIMEIRA APROXIMAÇÃO: O MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	77
6.2 SEGUNDA APROXIMAÇÃO: UM PONTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL, O CAPS Adi DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO.....	79
6.3 TERCEIRA APROXIMAÇÃO: OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO CAPS ADi	86
7 – CARTOGRAFIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO DESCRITOS NOS CASOS EMBLEMÁTICOS ATENDIDOS NO CAPS ADi.....	93
7.1 O PRIMEIRO PONTO DE REFERÊNCIA: FALAS, PROCESSOS E FLUXOS NOS GRUPOS FOCALIS E O CUIDADO.....	94
7.1.1 Sobre a Escolha dos Casos.....	94
7.1.2 Sobre a mobilização da Equipe em torno dos Casos-Emblema Escolhidos	102

7.1.3 Caso Emblemático Difícil e Típico no CAPS Adi, Adolescente R.	105
7.1.3.1 Quanto ao Reconhecimento do Usuário e sua História de Vida	106
7.1.3.2 Sobre as Ideias Relacionadas ao Cuidado	110
7.1.3.3 Sobre os Processos de Trabalho no Cuidado ao Caso	116
7.1.3.4 Processos Reflexivos e de Subjetivação nos Trabalhadores	125
7.1.4 Caso Emblemático Difícil, mas que teve Desfecho Satisfatório no CAPS Adi III, Adolescente L.	132
7.1.4.1 Quanto ao Reconhecimento do Usuário e sua História de Vida	133
7.1.4.2 Sobre as Ideias Relacionadas ao Cuidado	136
7.1.4.3 Sobre os Processos de Trabalho no Cuidado ao Caso	142
7.1.4.4 Processos Reflexivos e de Subjetivação dos Trabalhadores	155
7.2 O SEGUNDO PONTO DE REFERÊNCIA: AS SITUAÇÕES ATRAVESSADAS NO	
ACOMPANHAMENTO DO COTIDIANO DO SERVIÇO E O CUIDADO	163
7.3 TERCEIRO PONTO DE REFERÊNCIA: O ENCONTRO COM OS USUÁRIOS DE CASOS	
EMBLEMÁTICOS ESCOLHIDOS E O CUIDADO RECEBIDO	169
7.4 CARTOGRAFAR TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS DOS PROCESSOS DE TRABALHO E A PRODUÇÃO	
DE CUIDADO	178
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
9 - REFERÊNCIAS	198
10 - ANEXOS	208
ANEXO 01: ROTEIRO PARA DISCUSSÕES TEMÁTICAS NOS GRUPOS FOCAIS COM OS	
PARTICIPANTES DA PESQUISA	208
ANEXO 02: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO	210
ANEXO 03: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA	
(PROFISSIONAIS)	212
ANEXO 04: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA	
(USUÁRIOS/RESPONSÁVEIS)	214
ANEXO 05: ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO – COTIDIANO DA INSTITUIÇÃO	216
ANEXO 06: FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO CAPS	
ADi	217
ANEXO 07: APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA	220
ANEXO 08: CURRÍCULO LATTES PESQUISADORA	221
ANEXO 09: CURRÍCULO LATTES ORIENTADOR	222

APRESENTAÇÃO

O interesse na escolha desse tema tendo em sua composição de estudo os processos de trabalho em saúde mental de crianças e adolescentes, frente à política de cuidado preconizada para essa população, tem sua origem nas minhas experiências anteriores de trabalho, estágio e atuação profissional.

A primeira delas no trabalho dentro da rede de saúde mental do Município de Manaus mostrou-me como algumas equipes da Estratégia Saúde da Família, relacionadas à assistência prestada em saúde mental, funcionavam de forma tão diversificada. Havia, por exemplo, equipes que possuíam: 1) o que era denominado somente de sensibilização para a questão da saúde mental; 2) equipes que possuíam profissionais com outros cursos e formações diversas relacionadas com a saúde mental, a exemplo de auxiliares de enfermagem fazendo curso de psicologia; 3) equipes que possuíam as condições presentes nos itens 1 e 2 e; 3) equipes que não possuíam nem sensibilização ou tão pouco interesse em atender pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. Em algumas ocasiões o atendimento em saúde mental não ocorria.

Após isso, fazendo um estágio de uma pós-graduação lato sensu em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no Estado do Amazonas, trabalhei com profissionais que traziam consigo um fator comum ao da minha profissão – psicóloga - a questão do cuidado.

Nesse espaço, pude vivenciar como esses profissionais construíam estratégias para manter-se de alguma forma ‘na ativa’ e pertencentes à mesma rede de relações na qual estavam inclusos antes de terem sido afastados por motivo de doença ocupacional.

Quando isso não era possível, o sofrimento deles era intenso. Isso despertou, em mim, a curiosidade sobre a natureza do vínculo que se

mantinha entre esses profissionais no exercício do cuidado aliado ao desejo de permanecer na ativa.

Por ultimo, no seio de uma equipe multiprofissional de saúde mental para a infância e adolescência em hospital-dia, pude verificar como a equipe fazia frente às questões pertinentes à composição de uma rede de suporte tanto no interior da instituição como fora dela.

Nesse caso, o cuidado e acompanhamento dos pacientes transcendiam as normas próprias dos manuais de saúde mental e se constituíam muitas vezes como palco de disputas entre modelos de atenção e de ressignificação de práticas de cuidado.

A conjunção dessas experiências reforçou a ideia do trabalho com o cuidado o que carrega uma dimensão identitária e subjetiva não restrita as questões preconizadas pelos manuais de atuação profissional para a área, mas, que pode ser atualizada a favor de algo que faça sentido ao trabalhador e usuário.

Nas palavras de uma supervisora de CAPS - quem cuida do outro cuida de si. Por isso a construção de uma proposta de acolhimento e cuidado resolutivo em saúde mental para uma população tão diversa e específica quanto crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas pode e deve ser pensada a partir da análise do cotidiano de trabalho com essa população em um CAPS ADi e ser ressignificada a partir de então.

1. A PERSPECTIVA HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DE UM OLHAR DE CUIDADO SOBRE A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1.1 CUIDADO INFANTOJUVENIL EM SAÚDE MENTAL E SUA RELEVÂNCIA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

A trajetória constitutiva de um cuidado infantojuvenil deve ser pensada inicialmente sobre a consideração de que a infância e a adolescência passaram, respectivamente, a ser vistas como fenômeno com especificidades e particularidades próprias e distintas da fase adulta a partir de uma determinada época.

Ariès (1981) indica que a ideia de infância, tal como é conhecida hoje, tem sua origem com a ascensão da burguesia, no final de século XVIII, quando a família começou a funcionar de forma mais nuclear e fechada e plenamente voltada a um tipo de cuidado e educação da prole e que implicava, especificamente, a necessidade de um cuidado específico direcionado à fase infantil do desenvolvimento humano.

Por essa afirmação vale situar que o cuidado direcionado à infância também se compunha, anteriormente a essa concepção, de maneira indistinta colocando adultos e crianças nos mesmos espaços coletivos, condições e necessidades preconizadas.

Já no “Emile” de Rousseau, percebe-se que o que se poderia considerar, nos tempos atuais, cuidados no âmbito da saúde mental encontra-se associado às preocupações gerais para com a infância “normal”. Com isso, mais especificamente, o cuidado à saúde mental na infância então surge desatrelado de possíveis especificidades do desvio psicopatológico (REIS, 2010).

Mesmo um pouco mais tarde, no período que se segue à Revolução francesa, o aspecto a ser cuidado na infância estava relacionado com algum tipo de 'incapacidade' essencialmente cognitiva. Os cretinos, idiotas e imbecis frequentam, de forma indistinta, instituições voltadas ao universo adulto (FOUCAULT, 2006a).

O destaque dado à criança surge a partir do discurso iluminista de manutenção da família burguesa que sustenta a construção de um ideário voltado aos cuidados da infância fomentando, posteriormente, a classificação das questões pertinentes à sua (a)normalidade – crianças idiotas ou retardadas - aliada ao seu tratamento pedagógico.

Só mais tarde, viriam a ser construídas categorias mais refinadas e diversificadas relacionadas com a concepção de doença mental situada no que conhecemos mais recentemente como loucura (FOUCAULT, 2006a; CAYRES, 2008).

Bercherie (2001) discorre sobre essa categorização e suas possibilidades de enquadramento em três momentos distintos.

O primeiro período, situado em quase todo o século XIX, é quando os estudos referiam-se quase exclusivamente à noção de retardamento mental. Segundo ele, apoiando-se na categoria, criada por Esquirol, de *idiotia*, em que o principal enquadre dava-se pela discussão do grau de sua irreversibilidade.

O segundo momento está localizado na segunda metade do século XIX. Diferencia-se do momento anterior pela publicação dos primeiros tratados de Psiquiatria infantil e pela intenção de investigar na criança síndromes mentais estabelecidas no adulto – excitação e mania, depressão e melancolia, obsessões e fobias, alucinações e delírios, histeria, epilepsia e tiques. Além disso, a descoberta de categorias nosológicas como a demência precoce e as psicoses infantis, também ocorre neste momento (BERCHERIE, 2001).

O terceiro momento, segundo o autor, inicia-se na década de 1930, com o nascimento da clínica pedo-psiquiátrica, em contexto no qual a pesquisa clínica sobre a Psiquiatria do adulto enfraquece diante da

investigação e explicação psicanalítica para a psicopatologia. Aqui, se tem uma forte influência das ideias psicanalíticas no enquadre ao tratamento e nas experiências terapêuticas incipientes de orientação que fundamentavam a concepção sobre as psicoses e sobre o desenvolvimento do psiquismo, inclusive no que tange à nova interpretação sobre a concepção do retardamento mental (BERCHERIE, 2001).

Em referência aos momentos descritos por Bercherie, Telles (2010) discute que a partir da segunda metade do século XIX e final do século XX, há um processo de psiquiatrização da infância. Isso se mostra mais veementemente, quando a Psiquiatria se torna uma disciplina autônoma e caracteriza-se como ciência empírica de observação e análise, separada metodologicamente do trabalho de construção de hipóteses sobre as causas das enfermidades, como também das práticas terapêuticas a elas destinadas. Nesse momento, têm-se as primeiras tentativas de incluir a criança em seu campo de observação.

Ainda sob o aspecto histórico na configuração das políticas de cuidado e desenvolvimento de condições de sobrevivência, o cuidado específico à infância surge na concepção de alguns autores, não só pela reivindicação de um lugar privilegiado para ela como também ligado à concepção higienista de controle de mazelas sociais (CAYRES, 2008 e REIS, 2010).

Para Foucault (2006a), essa lógica de cuidado surge pela necessidade de normatização de regras, de submissão e disciplinarização de corpos, a fim de aperfeiçoá-los e torná-los dóceis a uma utilidade econômica e política, denominada, por ele, de biopoder.

O autor descreve a maneira pela qual o processo de controle, chamado de disciplinarização de corpos, define-se a partir de quatro grandes características associadas à questão do cuidado: 1) a *organização do espaço*, com distribuição técnica dos indivíduos, que visa classificá-los, esquadrihá-los e hierarquizá-los; 2) o *controle do tempo*, para a produção de máxima eficácia, com interesse pelo desenvolvimento e articulação com o objeto a ser manipulado; 3) a *vigilância*, como uma espécie de olhar

invisível, baseada na ideia de visão panóptica ‘do ver sem ser visto’, que age de modo sutil, contínuo, permanente, ilimitado e impregnante e, 4) *o registro contínuo de conhecimentos para a produção de saberes*; o olhar que observa é o que anota e descreve informações.

O autor ainda afirma que a criança tornou-se alvo principal desse processo de controle advindo da psiquiatrização da infância a partir de duas vias: uma que teoriza sobre a criança anormal e outra que teoriza a loucura do adulto como sendo originada de aspectos inerentes à infância. Então, para esses dois principais focos, foram propostas medidas de tratamento ou disciplinares que estivessem de acordo com as concepções de cuidado próprias da época.

As crianças anormais, imbecis, idiotas e retardadas, consideradas educáveis ou não, eram destinadas a instituições que as abrigassem e educassem associadas à área da Educação especial e Psicometria. Para as crianças, que representassem possibilidade de constituição de vida adulta marginal, era proposto o cuidado moral, situado na lógica da assistência social e da proposição de atividades que cumprissem o papel da ocupação sob a concepção preventivista da delinquência (CAYRES, 2008).

Reis (2010) destaca alguns eventos situados entre o século XIX e o século XX que representaram influências importantes para a constituição do campo do cuidado à saúde mental: a fundação da primeira escola para reeducação de crianças intelectualmente incapacitadas pelo Dr. Jean Itard, que irá influenciar a médica educadora Maria Montessori (1870-1952); o desenvolvimento de trabalhos associados aos processos pedagógicos pautados em princípios de uma educação popular e que preservavam a espontaneidade da criança, por Pestalozzi (1746-1827); o desenvolvimento das pesquisas de René Spitz sobre hospitalismo e depressão infantil no pós Segunda Guerra, baseando-se na teoria psicanalítica, assim como o desenvolvimento dos estudos de Jean Piaget sobre a construção e permanência do objeto. Além desses, cita o desenvolvimento dos estudos relacionados com a Psicometria e as possibilidades de mensuração dos quadros atribuídos empiricamente às crianças anormais.

O autor menciona ainda os estudos de Freud sobre a teoria da sexualidade humana (1856-1939) e outros psicanalistas, como os de: Anna Freud (1895-1982) e Melaine Klein (1882-1960) sobre temáticas relacionadas ao desenvolvimento psíquico na infância. Finalmente, aponta os trabalhos de Leo Kanner sobre a temática do autismo, descrevendo um distúrbio afetivo pertinente à infância sem tomar como referência o universo psicopatológico adulto e focalizando questões diversas de déficits cognitivos atrelados a ele.

Esse processo é acompanhado, *pari passu*, mas em defasagem temporal, no que diz respeito à adolescência. Contudo, nesse caso a ênfase é dada muito mais aos aspectos legais e morais do desvio. Em contraponto às deficiências cognitivas da infância aparece no cenário juvenil a deficiência moral na figura da delinquência juvenil, novo objeto do cuidado.

A concepção de adolescência foi descrita, mais tardiamente por dois principais autores, Arminda Aberastury e Maurício Knobel, na década de 40-50.

Aberastury tomou como ponto de partida o indivíduo (adolescente), para descrever uma fase que requer a construção de uma nova identidade diferente da infantil e as contradições, conflitos, ambivalências e fricção com o meio familiar e social que advêm disso (ABERASTURY, 1981).

Estes fatores, por sua vez, expunham a figura do adolescente a fragilidades que eram consideradas momentos de crises e estados patológicos (ABERASTURY, 1981). Então, começa a se delinear uma concepção sobre psicopatologia ou doença mental na adolescência baseada nas vicissitudes dessa fase tão peculiar, nos fatores ou condições adversas à situação de vulnerabilidades geradas pela mesma.

Knobel defende que esse período de vida (adolescência) como todo fenômeno humano, tem uma exteriorização característica dentro do marco sociocultural em que se desenvolve. Por isso, para ele devemos sinalizar esta fase tanto como um marco na história do desenvolvimento humano, quanto como expressão circunstancial geográfica, temporal e sócio-histórica da sociedade (KNOBEL, 1981).

Nesses termos ainda o referido autor descreve um elenco de dez características que fariam parte do que ele chama de síndrome¹ (composição de características sintomatológicas) acerca do que seria normal na adolescência: 1) necessidade de busca de si mesmo; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas; 5) deslocalização temporal; 6) evolução sexual manifesta; 7) atitude social reivindicatória; 8) contradições e todas as manifestações de conduta; 9) separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações e estados de ânimo (KNOBEL, 1981).

Isso trouxe não só uma concepção e um novo lugar para a adolescência, mas também uma referência para fundamentar a digressão desse conjunto de patologias ou situações vulneráveis relacionadas a essa fase do desenvolvimento; e, não obstante, a necessidade de proteção que se fazia necessário diante disso.

Pode-se dizer que essa foi uma referência primeira à ideia atual que se tem de proteção a esta fase da vida, assim como a infância. Essa visão também fundamenta até hoje muitos estatutos sobre a infância e adolescência que tem em seu bojo a concepção de proteção às mesmas.

A primeira metade do século XX é um momento associado à constituição de uma política de cuidado infantojuvenil que, por meio do movimento de higiene mental, encarregou-se de situações associadas à infância e à juventude, propondo intervenções no modo de vida e nas relações presentes nos núcleos familiares, com o discurso de prevenir a delinquência juvenil e garantir boa formação do caráter e conduta (TELLES, 2010).

Esta autora destaca que esse movimento também reflete a importância alocada ao fato da infância ser considerada ponto de partida para atuação da prevenção da insanidade e da delinquência.

¹ Para ler sobre o que o autor define como Síndrome da Adolescência Normal ler Knobel, M. A Síndrome da adolescência normal. In: Aberastury, A. e Knobel, M. (Orgs) *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981b.

O movimento de higiene mental destaca-se por oferecer, a partir dos anos 20, ações centradas no interior das famílias e das escolas, por meio de propostas de orientação infantil, clínicas, professores visitantes. Nesse âmbito, a escola torna-se a via a partir da qual se pode exercer forte influência sobre a conduta (TELLES, 2010).

O impacto desse contexto de desenvolvimento das práticas de cuidado à infância, configurado entre o século XIX e XX, na saúde pública, adveio justamente da consideração desse indivíduo (criança) como responsabilidade do Estado (SANTOS, 2009).

O cuidado à infância e adolescência se constitui assim como possibilidade de construção de uma moral sanitária e controle relacionado ao gerenciamento de fatores de ordem econômica e política, tais sejam, controle de epidemias, manutenção de uma classe de trabalhadores produtivos e de outra, que poderia servir como descarte (incapazes, loucos e delinquentes), bem como de situações que promovessem a manutenção da estrutura da sociedade a partir da família burguesa.

Em 1950, a OMS aponta como prioridade o estudo de questões relacionadas ao retardamento mental, delinquência juvenil, desenvolvimento do caráter e da conduta e os efeitos de privação dos cuidados maternos (TELLES, 2010).

Em 1952, ainda, a OMS divulga a concepção de saúde mental almejada enquanto 'bem estar bio-psico-social'. Diante de um contexto outrora fundamentalmente higienista, a expressão 'higiene mental' é substituída pela de 'saúde mental' e definida como a capacidade do indivíduo para estabelecer relações harmoniosas com o seu ambiente físico e social e se beneficiar dessa relação de forma a obter satisfação equilibrada de seus próprios impulsos instintivos e conflituosos (REIS et al., 2010a).

A concepção preconizada a essa época atesta também as influências do saber psicanalítico e da importância dos estudos relacionados aos cuidados maternos e ao desenvolvimento infantil na definição de um ideário de saúde mental. Há de se observar, contudo, que a adolescência foi campo também recém-habitado pela Psicanálise, assim como os estudos

relacionados à infância supramencionados, também situados à primeira metade do século XX.

Os estudos descritos acima que configuravam a adolescência como um estágio, um fenômeno da vida que merecia um olhar particularizado, bem como a proteção e cuidado de suas vicissitudes, datam da década de 40.

Datam do final da década de 70, a Declaração de Alma-Ata (em 1978) e a promulgação do ano de 1979 como o Ano Internacional da Criança (REIS et al., 2010a).

De acordo com o descrito acima, a constituição do campo da Saúde Mental infantojuvenil no contexto brasileiro também seguiu as influências das questões pensadas internacionalmente, mas com diferenças significativas quanto à cultura e contexto institucional local (REIS, 2010). Desse modo, vale a pena retomar alguns aspectos históricos da construção do interesse pelo cuidado da infância e adolescência que vieram a compor o cenário brasileiro, no século XX.

No Brasil do século XIX, o País apresentava-se diante de um sistema escolar em que somente parte de uma elite desinteressada e masculina tinha acesso à educação formal, o que diferenciava a realidade brasileira no que tange aos problemas da infância da realidade europeia, como já citado. Os problemas ligados à infância aqui não se relacionavam ao desempenho intelectual. Segundo Assumpção (1995), a visão predominante em torno das questões relativas à infância, no Brasil do século XIX, era dimensionada pelo controle de condutas, a fim de que as crianças se tornassem bons cidadãos e adequados às normas sociais. Nesses termos, a medicina infantojuvenil e o trabalho médico configuravam-se como uma autoridade que iria proceder a esse feito por meio da inserção de disciplina moral e social no policiamento e educação do ambiente infantil.

Somente, nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, é que serão desenvolvidos estudos relacionados à deficiência mental infantil, voltando-se às temáticas de interesse vigentes na Europa. Esses interesses

acompanharão, também, a produção de conhecimento científico acerca da infância que fervilhava a essa época.

O processo de moralização e cuidado disciplinador sobre essa fase é entendido como responsabilidade de um ideário científico elitista, restrito e importado assumido por um Estado que aí se configurava.

O conceito de adolescência outrora cunhado apoiava um olhar sobre a infância como a fase que compreendia as questões das quais a adolescência derivava. Daí decorre o fato da assunção do termo “menor”, para condensar as duas fases no estabelecimento de um foro jurídico de determinação de estatutos de moralidade, sobre como deveria tramitar o cuidado e controle social sobre essas fases.

Nesses termos, a ideia da proteção aproxima-se da de tutela, na qual o Estado toma para si responsabilidades moralizadoras, de cuidado, de controle e de punição acerca dos desvios dos estatutos da moralidade e da necessidade de tratamento ou acondicionamento da doença e da parametrização da normalidade.

Assim, a partir dos anos 30, tem-se a influência da instituição de um código de menores (Código de Mello Matos) que discorria sobre a responsabilidade do Estado diante do menor que sofresse qualquer forma de alienação ou deficiência mental. Diante disso, o serviço social passou a ter papel efetivo em diversas ações de proteção da infância. Outras ações protetivas importantes para essa faixa etária podem ser descritas como:

- a constituição ou separação de alas exclusivas às crianças em hospitais e instituições de cuidado;
- a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental com o desenvolvimento de ações de prevenção de transtornos mentais antes que estes chegassem aos hospitais;
- a fundação de um grupo que estudava Psicologia Aplicada no que se configurou posteriormente como a Faculdade de Saúde Pública de São Paulo;

- a criação de instituições de orientação infantil (COI) e da juventude (COJ) no Rio de Janeiro (ASSUMPÇÃO, 1995; REIS, 2010).

São criadas instituições apoiadas sob o modelo da “Child Guidance Clinics”, em que se vê a presença forte do Serviço Social e outras já mencionadas.

Essas instituições incorporavam conhecimentos oriundos da Psiquiatria, Psicanálise, da Higiene Mental e tinham como papel fundamental separar a categoria dos deficientes mentais e a dos desajustados emocionais e dentro dessa última, a dos delinquentes.

O papel desenvolvido pelo serviço social estava incluído na atenção especial, tratamento e prevenção desses desajustes. Essas ações constituíram-se como formas primárias e público-institucionais de cuidado à infância e adolescência (REIS et al., 2010a).

Posteriormente nos anos 40, o Serviço Social também se mostra presente na construção de uma proposta consoante ao governo autoritário do Estado Novo: o programa de proteção materno-infantil e o Departamento Nacional da Criança, o que implicou na existência de um número de instituições públicas com programas voltados ao cuidado materno infantil e ao crescimento e desenvolvimento da criança (REIS et al., 2010a).

Nesse momento, as questões pertinentes à proteção da infância passam a se tornar uma obrigação do Estado, diferentemente das iniciativas da República Velha, quando as medidas de proteção ficavam a reboque da filantropia (MARCILIO, 2006; REIS et al., 2010a).

Mais tarde, no bojo dos movimentos de contestação política e reforma sanitária da década de 70, advieram acontecimentos importantes voltados à construção do cuidado à infância e adolescência.

Na década de 70, em meio às lutas pela democratização do País, o movimento em defesa da criança e do adolescente fortaleceu-se com a promulgação da Lei 8069, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (REIS et al., 2010a).

O ECA se diferenciou do Código de Mello Matos (1927), que, tal como visto por Marcílio (2006), definia um projeto jurídico relacionado aos menores

desvalidos, de cunho disciplinador, tutelar e paternal. Ao contrário disso, o ECA posicionou a criança e adolescente enquanto sujeitos de direitos no cenário político social do País, não se focando somente na proteção da infância e adolescência descuidada ou destoante da normalidade.

1.2 O CUIDADO ENQUANTO PRODUÇÃO DE UMA REALIDADE SUBJETIVA E POLÍTICA

A mudança de caráter das medidas legais protetivas inaugura não somente a figura do indivíduo – criança ou adolescente - dotado de direitos, mas também nos possibilita pensar a construção da noção de cuidado como algo que é produzido por um determinado discurso científico/político que produz uma nova realidade.

Na acepção do termo cuidado enquanto produção de uma realidade “interseçora²” (sic) é interessante referir que os modelos de produção de cuidado, descritos acima, estão historicamente situados na ciência positiva que se afirmou a partir do século XX, mas que tem raízes anteriores a essa época.

O modelo denominado biomédico ou biologicista determinou certa concepção de saúde e doença, assim como a forma de interpretar e tratar dos processos de adoecimento.

Este modelo afirma-se na ideia de que uma demanda queixa ou sintoma (efeito) é advindo de uma causa fisicamente situada (um funcionamento anormal ou disfunção de algum órgão do corpo), a qual tem sempre uma explicação preferencialmente biológica e, diante disso, faz-se

² Aqui o termo interseçor é aplicado tal como o define Merhy (2002b) apoiado em Deleuze, como interventor, um cuidado produzido na relação entre dois sujeitos, no espaço das suas interseções, um produto que existe para os “dois”, em ato, não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os ‘inter’ se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro (p.51).

necessária uma intervenção nesses termos. Além disso, afirma-se também com base em uma lógica estatística que nomeia o evento que está na faixa do esperado para a maior parte da população como normal e o que está fora dessa faixa, como anormal ou desviante.

Esse processo de hegemonia de uma forma de tratar, produzida a partir de um modelo tecnicista e medicalizante, é reconhecido em alguns textos de Foucault (2006a, 2006b), quando o autor fala de medicalização e descreve a construção de um ideário acerca de saúde e doença situado historicamente na transição da sociedade que ele chama de soberana à sociedade moderna. Nesse contexto, ele descreve o surgimento da Medicina Social como uma estratégia de controle e de reafirmação do poder estatal.

Peter Pelbart, em seu livro “Vida Capital: ensaios de biopolítica”, explica que a lógica que regia as sociedades pautadas no poder do soberano justificava esse poder como indistinto e absoluto, pelo qual esse soberano poderia ‘fazer morrer ou deixar viver’ os seus súditos. Essa lógica não era em si questionada, visto que esse soberano era investido de poderes divinos, o que lhe concedia autoridade para usufruir da vida dos seus súditos em favor de sua proteção, lutas, guerras e outros intentos (PELBART, 2003; FOUCAULT, 2006b).

A transição da sociedade soberana para a moderna foi acrescida por uma série de acontecimentos, como o desenvolvimento de modelos científicos de observação e intervenção sobre grandes epidemias que assolaram a Europa no século XVIII e outras mudanças relativas à nova compreensão e funcionamento das relações de produção da economia (mercantilismo e capitalismo).

Foi diante desse contexto, então, que se processou a inversão da lógica anteriormente afirmada de ‘fazer morrer ou deixar viver’ para ‘fazer viver ou deixar morrer’ na qual o Estado assumia o controle sobre as vidas (individual e coletivamente) e o papel de promotor de saúde da população (PELBART, 2003; FOUCAULT, 2006b).

O controle passa a ser direcionado ao corpo do indivíduo, ou melhor, a um corpo coletivo designado como população, mecanismo que Foucault

chama de biopoder, ou seja, estratégias de controle da população iniciadas nessa transição a partir do que ele denomina disciplinarização e biopolítica. A primeira está relacionada à possibilidade de gerar controle na criação de lógicas e rotinas em nossas vidas que as instituições possuem (escolas, abrigos, hospitais etc). E, a segunda, ao controle exercido sobre a vida das pessoas, de como elas devem se comportar, comer, quais os hábitos e condutas aceitos como normais ou de risco em relação à vida de um coletivo (PELBART, 2003; FOUCAULT, 2006b).

Os textos de Foucault, assim como os de Peter Pelbart, que falam sobre biopoder/ biopolítica na construção da sociedade moderna e seus ideários e práticas relacionadas à saúde e doença, trazem, inicialmente, a ideia da arbitrariedade e historicidade implicadas nas concepções que temos atualmente sobre saúde, saúde mental e as práticas advindas desse contexto, a exemplo do cuidado.

Por outro lado, apesar das ideias baseadas em um modelo hegemônico para a explicação de processos de saúde e adoecimento, reforçado por esse molde de ciência positiva, têm-se outros modelos que lutam por espaço e expressão no que tange à ideia de normalidade e saúde e também no campo das práticas de tratamento e cuidado em saúde.

Caponi (2003) defende um conceito de saúde como abertura ao risco na forma de repensar as práticas de saúde que estamos desenvolvendo (promoção/prevenção). Ela discute a necessidade dessas práticas não estarem centradas na noção de norma, mas contrariamente a isso, na possibilidade que teríamos de operar e transitar entre as situações de risco, um risco assumido de forma responsável pelo usuário do sistema na tentativa criativa de produzir respostas ao mesmo, de corrigir, superar e enfrentar situações adversas que fazem parte de nossa história.

O olhar sobre a produção do cuidado desenvolve-se nesse contexto diante de duas perspectivas, uma situada nas possibilidades que isso geraria em termos de biopoder – controle de pessoas a partir de suas vidas – e outra, no cuidado enquanto possibilidade de mudança e subversão de modelos de aprisionamento à norma positiva.

Merhy (2007) também traz uma reflexão sobre essas duas perspectivas de se ver o cuidado, na lógica operada por processos de medicalização da existência e da vida individual e coletiva, mas também em uma lógica operada por processos de subjetivação da pessoa que está sendo cuidada como capaz de transitar, negociar sentidos e responsabilidades sobre os processos de doença e adversidades das quais faz parte.

No primeiro caso, a produção de cuidado acontece diante de uma concepção de saúde pautada na ideia de disfunção orgânica, que ele chama de medicina de órgãos – compreensão de que a doença enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo - ou ainda, da medicina sem órgãos – cuidado ao risco que passa a ser medicalizado antes de existir o sofrimento/ doença propriamente dita. Nos dois casos, a produção de cuidado obedece às lógicas bastante precárias de contato com o humano e a produção de subjetividades no coletivo (MERHY, 2007).

Sobre a medicina do corpo de órgãos, Merhy (2007) ainda descreve dois movimentos de posição radicalmente contrária a essa lógica.

O primeiro nega a preeminência da existência do corpo biológico e afirma que ele, corpo, é subjetivação. Tal corpo é potencialidade e representação de formas de existência humana. O segundo movimento, é disparado de dentro do campo simbólico e imaginário da concepção hegemônica de corpo (biológico) e vai construindo-se nas fissuras, nos seus não-fazer, vazios e contradições (MERHY, 2007).

Por outro lado, ainda o mesmo autor destaca os elementos políticos que reforçam ou direcionam práticas pautadas na produção de modelos de cuidado, à medida que discute os processos de reforma no campo dessa produção que ocorreram na sociedade brasileira e americana (MERHY, 2007).

Nesses termos, temos fortes influências de modelos científicos positivos que focalizaram a inserção de inovação tecnológica a partir de três tipos de ferramenta de produção de cuidado (MERHY, 2007).

O primeiro conjunto de ferramentas seria embasado na ideia de reestruturação produtiva, ou o momento em que certas máquinas substituem outras ou se agregam a outras na produção de cuidado. Dentro desse molde o autor fala de tecnologias duras, ou seja, tudo aquilo que foi produzido por outra pessoa e virou norma geral, foi condensado na construção de uma máquina ou equipamento, rotina ou processo burocratizado de fazer, um conjunto de ferramentas de pouca intervenção criativa (MERHY, 2007).

O segundo, denominado pelo autor de saber tecnológico, opera a partir de mudanças nas formas de se produzir a clínica, uma vez que está pautado na aquisição e utilização de conhecimentos e saberes. Este segundo elemento está situado no que o autor chama de tecnologia “leve-dura” (MERHY, 2007).

O terceiro conjunto de ferramentas opera em outro nível mais complexo e dinâmico na produção de cuidado que é o das tecnologias leves, ou seja, a propriedade do vínculo, a escuta qualificada, o acolhimento e diálogo com o usuário e, principalmente, a possibilidade de reinvenção de práticas de trabalho diante das adversidades que ocorrem no encontro de no mínimo duas pessoas – usuário e profissional de saúde - na produção de cuidado (MERHY, 2007).

Nesse caso, o autor destaca o terceiro tipo de tecnologia como o mediador mais potente na transformação ou na constituição de processos de cuidado que sejam capazes de subverter a lógica medicalizadora, normalizadora e de controle acerca dos processos relativos à existência humana, ou seja, espaços “interseçores” (sic) de produção de saúde (MERHY, 2007).

Ao considerarmos todo cuidado como algo implicado à produção de subjetividades, assim como a noção que se tem de saúde, o espaço “interseçor” (sic) a partir do qual fala Merhy é uma via de acesso para que as pessoas impliquem-se mais em seus processos de saúde e doença, inclusive na questão do que fazer e de ser menos controladas ou medicalizadas por conhecimentos e fazeres que anulem partes significativas de sua existência.

O espaço “interseção” (sic) é o local simbólico, do desejo, que significa não só a possibilidade de subversão e crítica em torno da docilização produzida pela medicalização, mas também a ampliação da ideia de doença e do que é produzir modos de vida como algo bem mais complexo do que produzir a saúde da norma, ou produzir cura, e é aí que a noção de cuidado inscreve-se e toma sua importância (MERHY, 2007).

Outra influência que também pode ser descrita como pensamento teórico que priorizou aspectos simbólicos e do desejo nas práticas de cuidado foi a Psicanálise. Os autores descritos abaixo trouxeram importantes contribuições para se pensar o cuidado, subsidiadas pela ênfase na relação estabelecida entre indivíduos (mãe-filho, indivíduo-cuidador) e seu sentido protetivo.

As influências psicanalíticas sobre a ideia de cuidado tomam força principalmente depois da Segunda Guerra, com os estudos de teóricos que começaram a focalizar os efeitos do cuidado materno e de sua ausência em crianças que eram separadas de suas mães como consequência da Guerra. René Spitz, psicanalista, começou a estudar os efeitos da depressão infantil e outros prejuízos emocionais e cognitivos de crianças que viviam em instituições (REIS et al., 2010a).

Bowlby, ao lado de tantos outros tais como Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, foi representante importante deste pensamento acerca da infância enquanto momento específico e necessariamente relacional no desenvolvimento infantil na década de 50. Seu estudo encomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que crianças pequenas precisavam ter a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe ou outra figura substitutiva desse papel e da importância disso para o desenvolvimento (BOWLBY, 1988).

A importância principal desses autores foi a de caracterizar o sofrimento na infância e adolescência como algo único e específico deste momento do desenvolvimento humano, procurando dissociar-se do modelo que transpunha as patologias adultas à infância de forma reducionista (REIS et al., 2010a).

Outro aspecto relevante nos estudos desses autores é a ênfase dada ao cuidado e ao desenvolvimento da criança como aspectos entrelaçados à relação que se estabelece entre a criança e um cuidador, e entre ela e o meio facilitador de sua condição de existência.

Nesses termos, Figueiredo (2009) destaca que os saberes e práticas da Psicanálise vêm nos oferecer historicamente preciosos elementos para uma compreensão rigorosa do que está envolvido no cuidado, propiciando a formulação do que poderá, talvez, ser denominado como uma 'teoria geral do cuidar', assentada em uma interpretação metapsicológica de tais processos, capaz de identificar seus mecanismos e dinâmicas profundas.

Para Reis (2010), o cuidar é atravessado por dois grandes temas: de um lado, o do poder que cura, trata e alivia e/ou violenta e, de outro lado, o do desvelo ou da solicitude. Esse último, o do desvelo, é localizado por Pirard (2006, citado pelo mesmo autor) dentro de uma perspectiva que faz apelo às noções psicanalíticas originadas em solo Winnicotiano, tais como, a preocupação materno primária, a noção de continência e *holding* (WINNICOTT, 1958/ 2000; REIS, 2010).

Figueiredo (2009), ao tematizar sobre a questão do cuidado, ressalta também a importância sócio cultural dessa atividade para a condição humana, quando afirma que o cuidado pode ser descrito como inserido em procedimentos ritualizados de 'salvação' que retiram o infante das trevas do não-ser, da animalidade e da loucura, para circunscrevê-los entre os vivos e humanos.

A ideia do autor sobre esse cuidado enquanto inscrição é de que ele vem com o objetivo de fazer sentido à vida do indivíduo em desenvolvimento ou de ele fazer sentido em algo, em sua cultura e sociedade; além disso, de haver sentido nas expectativas que surgem sobre ele e o preparam de certa forma, para a vida adulta. Essa concepção carrega uma formulação psicológica, mas também antropológica acerca da importância do cuidado.

A noção de cuidado aplicada aos sistemas de saúde pode fazer jus à noção psicanalítica de que se faz necessário exercer o papel de outro com o qual a criança e o adolescente vai se vincular para poder exercer a sua

alteridade de forma segura e efetiva. Isso diz respeito a um processo posterior de auto-cuidado e de se desenvolver no mundo. Mas, também, pode-se visualizar como a ideia de cuidado é construída em uma relação pautada pela arbitrariedade de atitudes e significados.

Para Pirard (2006, citado por REIS, 2010) o cuidado, na medida em que envolve tanto o corpo quanto a vida psíquica, suscita produções imaginárias e representações prototípicas ligadas ao médico, à enfermeira assim como gera representações conectadas às figuras parentais da mãe e da avó.

Nesse ínterim, outra ideia também abordada por Figueiredo (2009) refere-se à situação de cuidado institucional, baseada na noção de presença implicada. A presença implicada reflete uma presença ou atividade alerta, direta e mais ativa com o indivíduo a ser cuidado. Para ele, o agente de cuidados melhora a qualidade do que faz quando compartilha seus fazeres e decisões com outros agentes. Mas, isso também se reverte em ganhos para o seu objeto de cuidados quando o leva a desenvolver capacidades cuidadoras, de ser ele mesmo (usuário do serviço de saúde) um participante ativo de seu processo de cuidado, mesmo quando lhe faltam conhecimentos especializados.

Os conceitos e condições históricas explicitadas acima vão servir, posteriormente, como pano de fundo para a discussão de um modelo de atenção à saúde mental que não esteja essencialmente baseado na ideia de determinação biológica ou ambiental de uma doença. Não obstante, a discussão dos dados da pesquisa ocorrerá preferencialmente a partir da visão que denomino de micropolítica da produção subjetiva do cuidado.

Para Franco (2009), o cuidado é “uma produção social no cenário da micropolítica e práticas de saúde, e também uma produção subjetiva, expressa pela força desejante de cada trabalhador, usuário e gestor do SUS” (p.13), ou seja, o cuidado é a produção de movimentos contraditórios, possibilidades de subversão, paralisia e falas múltiplas, adversas e em disputa no coletivo comprometido com esse fim.

Outra concepção de cuidado que também o vislumbra como produção coletiva e “interseçora” (sic) é a de Ayres (2007), quando afirma que o cuidado “se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras (...)” (p.53).

Para o autor, operar o cuidado implica assumir que o objeto inerente às ações em saúde não deva ser o produto de um saber instrumental, técnico-científico, mas sim produto do encontro entre sujeitos autênticos que buscam soluções pertinentes no que tange à prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento (AYRES, 2007).

É sabido que os pressupostos descritos acima fundamentam muitas práticas e discursos que compõem o imaginário dos profissionais trabalhadores de CAPS e da rede de Saúde Mental sobre como deveriam atuar e produzir cuidado na atenção psicossocial a crianças e adolescentes com uso abusivo de álcool e drogas.

Para a criança/ adolescente, mais especificamente, isso também se reverte em algo próprio, (re)produzido diante de uma nova condição de sujeito, inter-relacional, singular e possuidor de direitos. Essa concepção de cuidado será abordada a partir de mais um recorte, o do modo de atenção psicossocial.

1.3 CUIDADO E O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O cuidado à infância e adolescência toma ares de uma prática especializada e centrada em uma condição particularizada pela faixa etária, mas também pelo tipo de trabalho que se opera nas instituições em Saúde Mental, a exemplo das que assumem o papel de atender crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso e persistente que fazem uso abusivo de álcool e outras – aqui neste estudo o chamado CAPS ADi.

Vale ainda mencionar, além da ênfase dada sobre a especificidade da faixa etária e o destacável trabalho de profissionais que são formalmente escolhidos para trabalhar como agentes de cuidado nessa instituição, o fato de que o termo “cuidado” começa a ser cunhado como construção de um novo tipo de saber-fazer, um novo modelo de práticas de trabalho denominado, psicossocial.

O termo psicossocial tem seu correspondente no contexto brasileiro na década de 80, quando começa a ser utilizado como correlato a novos dispositivos institucionais de cuidado, como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, e que atendem a uma lógica, fundamentação teórico-técnica e ética diferentes das adotadas anteriormente pelo paradigma psiquiátrico.

Costa-Rosa et al. (2003) atribuem a esse termo o estatuto de designação de práticas em saúde mental coletiva que se propõem fazer a transição entre o paradigma psiquiátrico, já citado às práticas reformadoras.

Ademais, cabe reforçar que o termo também designa um novo modo de fazer denominado atenção psicossocial e que esse nasceu sob a égide da contestação do modelo hegemônico para natureza do fenômeno psicopatológico, o qual historicamente esteve sob o domínio do saber médico (REIS, 2010).

Considerava-se que se tinha medicalizado a loucura, cuja essência e significação eram estranhas ao saber médico, estando estas mais relacionadas às vicissitudes das relações humanas (REIS, 2010).

A crítica à medicalização da loucura adveio da relação da noção de loucura com a de doença que só ocorreu a partir do século XVIII com o surgimento da Psiquiatria pineliana e suas concepções acerca do tratamento moral (REIS, 2010).

As críticas feitas a esse modelo medicalizante eram direcionadas não somente a ele, mas às instituições que mantinham o tratamento referido para a ‘loucura’, bem como as terapêuticas dispensadas para esse fim. A principal delas relacionava-se ao fato de a Psiquiatria reduzir uma condição humana tão complexa como o sofrimento psíquico à noção de doença. Outra

questão diz respeito ao fato de a Psiquiatria tomar um modelo das Ciências Naturais para conhecer e explicar a subjetividade, tornando o sujeito e a experiência humana por categorias de normalidade (AMARANTE, 2008).

Sobre isso, Reis (2010) também afirma que o modo de atenção coloca a doença entre parênteses, o que significa fazer o sujeito aparecer na cena com sua subjetividade, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, família, projetos e anseios, que viabilizam a noção de integralidade desse sujeito aos olhos do campo da Saúde Mental.

Das críticas à questão do tratamento referido à loucura e das terapêuticas dispensadas para esse fim, o modo de atenção psicossocial também é acompanhado de modelos de explicação que suscitam outros pensamentos sobre a concepção de doença e de práticas relacionadas ao tratamento da loucura (REIS, 2010).

Junto ao termo “atenção psicossocial” tem-se a denominação do que alguns autores atribuem para o saber-fazer em Saúde Mental como o designado como “reabilitação psicossocial”. Esta seria a restituição plena dos direitos, das vantagens e do poder de contratualidade que o indivíduo possui diante da sociedade (BERTOLOTE, 1996).

Contudo, este termo também vem marcado, na concepção de Costa-Rosa et al. (2003), por sentidos e significados que enfatizam a questão do investimento a favor da reversibilidade, da volta a uma condição antes habilitada aos estados desabilitadores atuais.

Sob outro fulcro, o modo de atenção psicossocial ‘desterapeutiza’ intervenções tradicionalmente aceitas, ou reabilitadoras, apontando um reposicionamento da perspectiva terapêutica para um segundo plano, sem esvaziá-la de sua especificidade, e pondo em evidência o sofrimento humano, logo o cuidado que deve ser gerido a partir deste (REIS, 2010).

Diante disso quando o sintoma da doença esvanece e é reposicionado na perspectiva do sofrimento humano, a ideia do cuidado enquanto novo saber-fazer com o sofrimento vem à tona. A isso se dá o nome de atenção psicossocial (REIS, 2010).

Esse modo de atenção insere-se no contexto das relações com o sofrimento psíquico não somente em uma forma mais integral de contato com sujeito, mas também implica um novo olhar interessado na complexidade da vida dele, sua existência e, por isso, de novas possibilidades de cuidado e abordagem para com o mesmo (REIS, 2010).

Para a efetivação do cuidado, na definição do que pode ser pressuposto ao modelo de atenção psicossocial e na lógica que rege esse espaço de trabalho, Costa-Rosa et al. (2003) discorrem sobre quatro parâmetros relacionais:

1) Quanto à concepção do processo saúde-doença e os meios teórico-técnicos para lidar com os mesmos: na determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica; na consideração dos conflitos e contradições enquanto elementos constituintes do sujeito e não necessariamente removidos pela ação das terapêuticas; no tratamento da demanda; na clínica da escuta; e na tomada do sujeito como sujeito e não como objeto (COSTA-ROSA et al., 2003).

2) Quanto à concepção da organização das relações intrainstitucionais: na construção de formas horizontalizadas de organização e poder; na distinção entre poder decisório e de coordenação; livre trânsito e participação dos usuários e da população na co-gestão e auto-gestão; e na divisão do trabalho interprofissional integrada em profundidade (COSTA-ROSA et al., 2003).

3) Quanto à concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral: na porosidade da instituição com o território; no estabelecimento de espaços de interlocução entre um suposto espaço de 'saber' – instituição – e o território compreendido como a vida do indivíduo e as relações que ele estabelece com esse espaço e de relações em profundidade e não estratificadas por níveis (COSTA-ROSA et al., 2003).

4) Quanto à concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos: na superação da ética da adaptação, no que se apoiam as ações de tratamento e suporte para a reversibilidade dos

problemas e adequação do indivíduo ao meio e à realidade; e no reposicionamento do sujeito desde a recuperação dos seus direitos de cidadania, passando pela recuperação de seu poder de contratualidade, até a implicação subjetiva dele como forma de sua singularização na instituição e no território (COSTA-ROSA et al., 2003).

A discussão sobre os parâmetros relacionados ao modelo de atenção psicossocial destaca principalmente que a modalidade de cuidado prestada deve garantir a interlocução e a singularidade no lidar com o sofrimento psíquico humano, que se resume na organização de um processo de trabalho complexo que não pode ser operado por um grupo de profissionais trabalhando de forma dissociada.

Ademais, defende-se que para haver um cuidado singular baseado na demanda do usuário, esse último deve ser enredado em condições e situações construídas por processos de trabalho que culminem com a sua autonomia favorecendo o desenvolvimento de um processo de auto-cuidado (COSTA-ROSA et al., 2003).

Ainda sobre o cuidado no modo de atenção psicossocial, Amarante (1996) destaca que a implicação do trabalhador na gradativa desconstrução do manicômio permeia toda a discussão sobre as práticas contemporâneas em Saúde Mental. Representa uma visão ética a respeito do cuidado, reconhecendo nos usuários novos sujeitos de direitos, novos direitos para os sujeitos e chamando a todos à tarefa de superação do ideal de positividade e racionalidade 'causa-efeito'.

Os processos de trabalho assumidos no cuidar dentro do modelo psicossocial mostram-se em duas vertentes:

- a macro - que perpassa o eixo da política e do aparato técnico-teórico e jurídico que fundamenta essa nova práxis (MERHY, 2002b);
- a micro - na articulação do que acontece nos cotidianos de trabalho na operação dessa nova lógica de cuidado (MERHY, 2002b).

A seguir, os processos macro e micro políticos de trabalho serão abordados com maior profundidade sob a luz de teorias acerca do trabalho e dos desafios presentes na constituição de redes de cuidado em saúde mental.

Esse novo pensar sobre a questão do cuidado e os processos de trabalho requeridos a partir de então são gerados em meio às transformações políticas operadas no Brasil a partir década de 80. Essas transformações - palco de conquistas da luta de trabalhadores da saúde por melhores condições de trabalho e um atendimento mais humanizado aos usuários - foram fecundas durante o que denominamos Reforma Psiquiátrica, movimento político e social que fundamentou um modelo de política pública de cuidado para a infância e adolescência discutido a seguir.

2. DO OLHAR ‘REFORMADOR’ AOS DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE CUIDADOS E SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

2.1 A CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE PARA CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL

A Reforma Psiquiátrica é um importante marco na construção de uma política pública de Saúde Mental que reivindica um modelo de cuidado integral direcionado à infância e à adolescência a partir de um novo olhar.

A despeito das inúmeras contribuições e transformações sobre o cuidado destinado à infância e adolescência descritas anteriormente, os modelos de assistência à saúde pública anteriores à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) discorrem sobre a constituição de práticas oficialmente fragmentadas e segregadoras de cuidado no acesso e tratamento direcionados às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, principalmente tratando-se de crianças e adolescentes (BRASIL, 2006). Por isso, o movimento da Reforma Psiquiátrica reivindica não só um novo modelo de atenção em Saúde Mental, mas uma nova perspectiva política ideológica em torno das práticas de cuidado.

Os movimentos de contestação da ordem psiquiátrica, que deram base à Reforma Psiquiátrica brasileira e que ocorriam na França, Escócia, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, podem ser divididos em três grandes categorias segundo apontam os autores Birman & Costa (1994), Amarante (1995) e Jorge (1997) citados por Reis et al. (2010a):

1) os que priorizavam as críticas as estruturas asilares – movimento das comunidades terapêuticas na Inglaterra e Psicoterapia Institucional na França.

2) os que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da Psiquiatria – Psiquiatria Preventiva e de Setor e a Psiquiatria Comunitária Americana.

3) os instauradores de rupturas na constituição do saber médico sobre a loucura – movimentos da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana.

A que a existência desses movimentos nos remete é justamente o contexto de lutas e contestações, que estava operando no cenário internacional e local, a favor de um reposicionamento do ideário de sujeito questionado a partir da Segunda Guerra Mundial.

No Brasil, a situação político-institucional que se configurou no ocaso do regime militar propiciou condições muito especiais que favoreceram a possibilidade de se organizar, sinergicamente e a um só tempo, a Carta Magna, o Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica, diversos dispositivos operatórios e diplomas jurídicos em favor de pessoas deixadas à margem do processo de cidadania. Nesse contexto de raridade histórica, o movimento da Reforma Psiquiátrica pode ser explicado como:

O processo de reformulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (...) mas também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.27).

Embora o enfoque direcionado à saúde mental infantojuvenil não tenha ocupado grande importância no início do movimento da Reforma Psiquiátrica esta pôde ser observada posteriormente.

Sob influência das ideias psicanalistas e dos conhecimentos relacionados à infância enquanto fase do desenvolvimento com necessidades específicas, o movimento da Reforma passou a contestar a psiquiatrização da infância e da adolescência.

Em um contexto contraditório, de lutas e reivindicações, o poder público federal, por meio do Ministério da Saúde, propõe a Política Nacional de Saúde Mental, que previa a implantação de uma rede de serviços substitutivos - Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais–dia, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas - e outros dispositivos e projetos psicossociais que traduzissem o discurso oficial de reinserção social do portador de transtorno mental trazidos pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Nesses termos, a proposta de modelo de cuidado à infância e adolescência aponta para a constituição de uma rede que trabalhe de forma integrada e integral a fim de alcançar o sujeito enquanto totalidade e de fazer jus às necessidades específicas desta população.

Contudo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a despeito de ter facultado a criação de uma rede pública de cuidados *suis generis* voltada à atenção infantojuvenil em sofrimento psíquico, ainda se mostrou tímida no âmbito do processo das discussões acerca do estatuto que a infância e adolescência assumiam no espaço da Saúde Mental. Foi, antes de tudo, por meio de iniciativas tomadas na área jurídica, nas áreas da Assistência Social e da Educação que os progressos, baseados em discussões de densidade efetiva, se fizeram presentes.

Por isso, cabe retornar o apontamento de eventos relevantes, alguns já explicitados ao longo do texto, que representaram marcos na construção da política de cuidado à saúde mental infantojuvenil. São os descritos a seguir: a criação do ECA em 1990 e, a partir dele, os Conselhos Tutelares da Infância, órgãos permanentes e autônomos, incumbidos pela sociedade de zelar pelo respeito aos direitos da infância e da juventude e de defender seus interesses, em casos de abusos do poder judiciário e da Justiça (PASSETI, 1999; MARCÍLIO, 2006); o movimento de creches, associado a outros movimentos que ocorriam na Europa em defesa do cuidado e tratamento em instituições públicas, que formatavam possibilidades de aumento da política do bem estar social e diante dos quais a criança tinha presença fundamental na negociação da posição da mulher em sua

dimensão coletiva e pública (FREITAS, 2009); e, posteriormente, entre 2003-2004, a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que se propunha discutir os meandros de uma política de saúde para a infância e adolescência tal como fez na construção do documento “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil”, fruto de discussões no referido fórum (LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA, 2010).

Nesses termos, a política pública para a área da infância preconiza o trabalho da rede de saúde combinado a outros dispositivos que posicionam as crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, bem como indivíduos que possuem especificidades concernentes a aspectos de seu desenvolvimento. Segundo Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010).

O arcabouço jurídico e a legislação específica referente a esta faixa etária, em especial o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069 de 13-7-1990), a Convenção Internacional dos Direitos das Crianças e o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, também agregam especificidades à política e formatam as ações dentro de um enquadramento legal diferente da política para adultos (p.149)³.

Esta indicação perpassa a articulação entre estabelecimentos de saúde e outros de outras redes, como escolas, clubes e Organizações Não Governamentais, Conselhos Tutelares, abrigos e outras que pudessem apoiar as iniciativas de cuidado e proteção à infância.

No que se refere ao modelo nacional de assistência brasileiro, os autores acima (Ibidem) ainda apontam o quão é recente a construção de uma proposta nacional específica para essa faixa etária:

No Brasil, a política pública para a saúde mental voltada especificamente para crianças e adolescentes e com abrangência nacional começou a ser estabelecida entre os anos de 2002 e 2004, quando da formalização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) específicos para a infância (Portaria MS nº 336 de 2002) (Brasil, 2004) e a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (em 2003 e 2004) (p.149)⁴.

³ Grifos dos autores.

⁴ Grifos dos autores.

Sobre isso Couto et al.. (2008) também afirmam que:

No Brasil é recente o reconhecimento pelas instâncias governamentais, de que a saúde mental das crianças e jovens é uma questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira” (p.391).

Há de se sublinhar, uma vez mais, que, historicamente, as ações relacionadas a essa área foram delegadas aos setores educacionais e de Assistência Social, com quase ausência de proposições pela área de Saúde Mental (COUTO et al., 2008).

Além disso, outros fatores, elencados na literatura como coadjuvantes da diversidade e dificuldade de implementação de uma política de saúde mental para essa população, são descritos por Couto et al. (2008).

O primeiro é caracterizado, pela variedade de problemas relacionados com a saúde mental da infância e adolescência, “que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até outros ligados a fenômenos de externalização (como os transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, e demais” (p.391).

O segundo, pelo “caráter recente do conhecimento sistematizado sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência” (p.391).

O terceiro, pela “inexistência até bem pouco tempo atrás, em todos os países, de evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis” (Ibidem, p.391).

E, finalmente, o quarto pela “particularidade do sistema de cuidado nessa área” (Ibidem, p.392).

Ainda segundo os autores, a rede de saúde mental “frequentemente envolve a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental

propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos” (Ibidem, p.392).

Com base nessas questões, os CAPSi foram os estabelecimentos designados para acolher o público infantojuvenil em situação de sofrimento persistente e eleitos como um equipamento público estratégico no desenvolvimento do atendimento à população infantojuvenil articulado a uma rede ampliada de estabelecimentos na comunidade (BRASIL, 2007).

Eles constituem-se em estabelecimentos de saúde abertos e de atenção diária aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes dessa faixa etária, de caráter comunitário e de inserção social; visam, além de ações voltadas para a assistência em si, ações de gestão da rede de saúde, como a ordenação dos serviços de saúde mental de seu território e o desenvolvimento de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004).

Segundo Reis et al. (2010b) os tipos de CAPS “se diferenciam entre si baseando-se em dois critérios essenciais: de um lado a população visada, e de outro, a intensidade dos cuidados oferecidos e a extensão do território” (p.186).

Para os autores, os CAPSi “não só se constituíram como lugar de acolhimento dessas crianças e jovens, como também vieram dar uma visibilidade até então desconhecida ao sofrimento psíquico que as afeta” (p.186).

O modelo atual que se discute para a saúde da infância e da adolescência, que tem a figura dos CAPS como articulador principal, possui raízes bem anteriores à sua construção, que divergem principalmente sob dois prismas: o primeiro, em relação ao caráter do cuidado, historicamente em um dado momento essencialmente moralizante e higienista, e em outro momento histórico, na exigência de cuidado singular e incluyente; o segundo, quanto à necessidade de atuar de forma diversificada e específica, com essa faixa etária.

Quanto a esses dois prismas, se destacam as contribuições da psicanálise sobre o desenvolvimento infantil e a construção de um modelo de atenção psicossocial que focaliza o sofrimento enquanto condição inerente à situação de vida complexa em que a criança e adolescente estão inseridos (REIS et al., 2010a).

Em meio a essa discussão o CAPS Infantojuvenil – CAPS i -, além de ter sido proposto enquanto equipamento que congrega uma série de atividades relacionadas a um trabalho de reordenação de uma rede de cuidados é posicionado como alavanca de um modelo de atenção que prioriza o atendimento de casos severos e persistentes de sofrimento psíquico na infância (Brasil, 2004) sob a ótica da singularidade.

O CAPS ADi, por sua vez, atende de forma mais específica, a essa ótica da atenção em situações de sofrimento psíquico intenso para crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas e, portanto, também promove cuidado singular à população infantojuvenil.

Claro está, contudo, que independentemente da posição estratégica em vanguardismo que o estabelecimento do CAPS possua perante a rede de saúde mental, isso não o habilita a assumir de forma unilateral e exclusiva as ações de prevenção e de trabalho vinculados às crianças e adolescentes e às famílias nas comunidades onde aqueles residem. Ademais, a pressuposição de que ele nasce enquanto serviço substitutivo a um modelo totalitário de atenção a saúde mental não garante que ele assuma de forma unilateral a lógica de cuidado que prioritariamente subverte o modelo de assistência totalitário e excludente do hospital psiquiátrico.

O modelo de atenção em saúde mental infantojuvenil vem então propor inverter a lógica do cuidado em saúde baseada na fragmentação do sujeito, na alta especialização e baixa resolutividade para ações de cunho integrativo, primário, territorial, intersetorial e local.

A inversão desse modelo faz-se também, principalmente pelo fortalecimento das ações engendradas na atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), na busca ativa de casos que mereçam atenção em saúde mental, organização da rede de cuidados em demanda

espontânea e ações resolutas de cunho comunitário, integral e intersetorial. Vários documentos sugerem possibilidades para a realização desse trabalho, reforçando sua importância na atenção básica (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003a).

Na ESF, o modelo traduz-se em dúvidas, questionamentos, dificuldades no lidar com o usuário com acometimento mental, mas também em novas possibilidades de atuação. Provavelmente, essas novas possibilidades podem assumir distintas configurações de acordo com as diferentes realidades em que atuam.

Por outro lado, o contexto institucional dos CAPSi e ADi integra diferentes graus e modalidades de implicação dos trabalhadores na produção de cuidados. Esses cuidados podem ser constitutivos de uma dimensão cuidadora instituinte tendo em vista os projetos de políticas públicas em saúde mental, mas também suscitar dúvidas, questões e situações cotidianas de trabalho sobre as quais ainda se tem poucos estudos.

Por conta disso, vale reforçar que os delineamentos da construção e efetivação da rede de cuidados em saúde mental ocorrem em meio a uma relativa novidade do modelo assim como da mudança de postura e prática profissional. Esses delineamentos são ainda tributários da complexidade do modelo de atenção, das posturas ideológico-práticas e políticas (BRASIL, 2010).

Isso se traduz em dados de implementação de equipes e equipamentos de saúde específicos para a área bastante desiguais, pautados nas diferentes realidades de implementação do SUS no Brasil (BRASIL, 2010).

Como dito acima, a incipiência e a diversidade da aplicação do modelo de atenção em saúde mental nas distintas regiões do Brasil (BRASIL 2010; BRASIL 2011a, BRASIL 2011b), como a ótica da subjetividade presente no cuidado à saúde mental são convites à reflexão e discussão acerca dos desafios sobre a compreensão dos processos de trabalho contidos na construção da dimensão cuidadora em saúde.

Propõe-se, ainda, tomar como adicional a esse cenário duas questões: a primeira seria a reflexão sobre as especificidades conhecidamente presentes na área da infância e adolescência; e a segunda, o desafio de se consolidar um modelo de atenção ao sofrimento de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo esta última, a questão abordada no próximo item.

2.2 A POLÍTICA DE CUIDADOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE DE SAÚDE MENTAL

A construção de uma política oficial para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas que dialogasse com o modelo de atenção psicossocial hoje denominado Rede de Atenção Psicossocial – RAP – foi um caminho tortuoso de reconstrução radical em torno de como deveria se efetivar o cuidado para usuários de álcool e outras drogas.

O primeiro ponto importante a ser destacado é o cenário temporal do pensamento acerca de qual relação dever-se-ia estabelecer com usuários de álcool e outras drogas, visto que somente em 2003 o Ministério da Saúde propôs oficialmente uma política de atenção integral a essa população.

Segundo Machado e Miranda (2007) o atraso histórico, autodeclarado pelo Ministério da Saúde sobre a sua assunção de responsabilidades na atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas resultou de duas questões: primeiro, o fato das abordagens relativas a essa área terem sido originalmente desenvolvidas no campo da Justiça e da Segurança Pública; segundo, a própria dificuldade da área - (Saúde Pública) - para incluir essa problemática em sua agenda.

Ainda sob essa perspectiva, a relação estabelecida com o usuário de álcool e outras drogas lícitas e de drogas ilícitas foi radicalmente diferente, mas seguiu os mesmos pressupostos: a repressão ao uso de entorpecentes, a judicialização da conduta de usuários que faziam uso de determinadas drogas ilícitas e, posteriormente, a criminalização dos usuários de drogas ilícitas e/ou lícitas.

Sobre isso Fiore (2005) aponta que as primeiras ações relacionadas aos ditos dependentes de drogas não aconteceu no âmbito da Saúde Pública, mas no da Justiça Penal, no aparato legislativo que criminalizava condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas ilícitas. Essas medidas tiveram o aval da Psiquiatria para sua legitimação na associação da conduta de uso à ideia de doença e crime, visto que estavam mais comprometidas com a repressão e controle do uso de drogas no País.

De acordo com Machado e Miranda (2007), mesmo à época das primeiras ações do governo brasileiro na área da repressão ao uso de drogas, datadas do século XX, quando o consumo ainda era incipiente e certamente não constituía ameaça à saúde pública, o consumo de bebidas alcoólicas era frequente, mas tolerado pelos governantes e sociedade brasileira, logo não era objeto de preocupação governamental. Entretanto, a inércia do Governo perante o alcoolismo deu vazão à criação de inúmeras instituições de caráter privado (Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene mental e União Brasileira Pró-Temperança), que se ocuparam do cuidado a esses usuários.

Estas entidades se encarregavam de promover medidas assistenciais, moralizantes e higienistas para indivíduos alcoolistas (MUSUMESCI, 1994).

Ainda no século XX, aparecem as principais ações voltadas para a repressão e controle do uso de drogas ilícitas e o País aparelhou-se de uma série de decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas, prevendo penas que determinavam exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir

da década de 70 em hospitais psiquiátricos (MACHADO, 2006; MACHADO e MIRANDA, 2007).

Sob a égide de pactuações internacionais (em 1911, Convenção de Haia; em 1961, 1971, e 1988, reuniões da Organização das Nações Unidas) é reforçada a repressão à oferta e ao consumo de drogas no Brasil (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Esta situação fortalece o investimento da Psiquiatria sob a perspectiva de associar o consumo de drogas à ideia de doença e fornecer à legislação brasileira, mais propriamente a partir da década de 70, subsídios técnico-científicos para a legitimação do controle desse consumo, considerando o usuário como doente ou criminoso (FIORE, 2005).

Para isso, o tratamento do usuário começa a ser feito em instituições a exemplo de hospitais psiquiátricos, centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Em 1976, foi promulgada a lei nº 6368, que favoreceu o surgimento de ações de assistência à saúde para usuários de drogas a partir da década de 80, quando foram criados os primeiros centros de tratamento (públicos e religiosos), ligados direta ou indiretamente ao poder público (BITTENCOURT, 1986, citada por MACHADO e MIRANDA, 2007).

A promulgação da lei foi precipitada pelo incremento do uso de drogas ilícitas, principalmente a partir da década de 60, como a maconha, antes restrita a setores marginais das grandes cidades (MACHADO, 2006; MACHADO e MIRANDA, 2007).

A criação do Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN – em 1980 centralizou ações de cunho normalizador e disciplinador, mas também assistencial, em uma iniciativa ainda tímida que chegou a ter representantes da área da Saúde em seu bojo (MACHADO e MIRANDA, 2007).

Isso se deu, porque no final dos anos 80, com os movimentos de redemocratização do País, começou a haver uma facilitação de outros pensamentos relacionados a práticas de prevenção, de tratamento e pesquisa para usuários de drogas, que não estavam pautadas na questão da moralização, medicalização e disciplinarização de corpos.

A partir daí, começaram a surgir iniciativas de implementação de programas, desenho de políticas e ações a fim de integrar as atividades de repressão às de prevenção e tratamento que, ainda de forma tímida e tampouco palco de disputas e retrocessos, criavam novos cenários e possibilidades de cuidados aos usuários de drogas, inclusive no alcance aos usuários de drogas lícitas, como o álcool.

Estas iniciativas podem ser descritas como: a Política Nacional na Questão das Drogas, de 1988; o Programa de Ação Nacional Antidrogas, de 1996; a emissão de parecer favorável por parte do CONFEN ao trabalho com projetos de redução de danos, em 1994; a extinção do CONFEN e da Secretaria Nacional de Entorpecentes, em 1998; a instituição do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), entre 1998/2000; o Fórum Nacional Antidrogas na produção da Política Nacional Antidrogas (PNAD); e, o 2º Fórum Nacional Antidrogas, de 2001 (MACHADO, 2006; MACHADO e MIRANDA, 2007).

A discussão iniciada na III Conferência Nacional de Saúde Mental foi a de que se fazia “necessária à criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evitasse a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação” (BRASIL, 2001, p.60). Além disso, que “as políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas deveriam se basear no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2001, p.60).

Esta discussão ocorrendo no mesmo ano do 2º Fórum Nacional Antidrogas, que produziu a PNAD, ainda denunciava que as proposições em torno da temática das drogas ocorriam de forma fragmentada e alertava para a necessidade de que essa integração ocorresse.

Nesses termos, em 2003, na gestão do governo Lula, promulga-se o documento “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (BRASIL, 2003b, p.9) por meio do qual se “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar,

reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (BRASIL, 2003b, p.9). Essa política vem atender às propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferencia Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (BRASIL, 2003b, p.9).

Nesse documento, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade pela atenção integral a usuários de drogas, deixando clara a sua posição contrária à visão fragmentada, que associa esse usuário ora à criminalidade, ora à doença. Essa visão é historicamente respaldada por processos de medicalização do sofrimento humano. Não obstante, o documento se compromete:

com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (BRASIL, 2003b, p.11).

O documento também se apoia na estratégia de redução de danos, como princípio que se estabelece no tratamento da complexidade e na singularidade do cuidado. Entendendo que

(...) quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003b, p.10).

Ainda nesse documento, pode-se observar que a atenção aos usuários que fazem uso abusivo de drogas se coloca em nome da defesa da vida destes, compromisso ético, da área da saúde. O tratamento se configura na possibilidade de aumento do grau de liberdade e, corresponsabilidade e no estabelecimento de vínculo com os profissionais

também parceiros nas escolhas e caminhos a ser construídos na vida daquele usuário e na das pessoas que se conectam a ele (BRASIL, 2003b).

O documento esteia-se, então, na conjugação de uma série de movimentos e dispositivos legais, dentre eles, as recomendações da III Conferência de Saúde Mental sobre a atenção integral a usuários de drogas (2001); a Lei 10.216 quanto aos direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas (2001); a Portaria 336, que estabelece os tipos de CAPS e suas atividades (2002); e o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Drogas (2002).

O documento ainda se posiciona a favor de uma clínica política na qual o foco não seja a “mudança comportamental”, mas a redução de danos e a ação no território, reticulada, para a construção de novas formas de vida e outros movimentos possíveis na cidade. Visa avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com situações decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida (BRASIL, 2003b).

Ainda sobre o documento, vale destacar que ele traz razoáveis contribuições relacionadas à questão da atenção às crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, à medida que fala da constituição da rede de saúde mental, e do CAPSi enquanto parceiro no atendimento do sofrimento infantojuvenil, bem como na aposta desse equipamento como estratégico no reordenamento da rede de cuidados à saúde mental infantojuvenil e toda a sua demanda (BRASIL, 2003b).

O enfoque dado à área da infância e da adolescência é reforçado na Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAP) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa rede tem no bojo de seus objetivos, ações relacionadas à população usuária de álcool e drogas como: “prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas”,

“reduzir danos” provocados por este consumo; e “promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária” (BRASIL, 2011c).

A RAP propõe a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack a partir de vários pontos de acessibilidade, vinculação e continuidade do trabalho contemplado nos seguintes componentes de complexidade:

- Atenção Básica em Saúde (Equipe de consultório de rua, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASFs). Essas abordagens desenvolvidas *in loco* privilegiam a escuta e a redução de danos como estratégia de aproximação e cuidado dos usuários fora de ambientes institucionalizados, bem como a inserção destes em atividades socioculturais e comunitárias (BRASIL, 2011c; FLACH, 2012).
- Reabilitação e Atenção Psicossocial Especializada (CAPS AD, CAPS AD III e CAPSi). Os três serviços acima atendem crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2011c; FLACH, 2012).
- Atenção de Urgência e Emergência: segue as mesmas prerrogativas do componente acima no atendimento de crianças e adolescentes que necessitem de cuidado de urgência e emergência (BRASIL, 2011c; FLACH, 2012).

- Atenção Residencial de Caráter Transitório (Comunidades terapêuticas e Unidades de Acolhimento⁵). Aqui, são atendidos em regime de caráter transitório de abrigamento, crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, oriundos do CAPS, que necessitem de cuidados contínuos de saúde, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e/ou que demandem acompanhamento terapêutico protetivo de caráter transitório. Vale ressaltar que o tempo de permanência na unidade é de seis meses e o CAPS é quem define o acolhimento que será oferecido e será a referência responsável pelo projeto terapêutico do usuário. As Unidades de Acolhimento dividem-se em unidades de adultos e infantojuvenis (para jovens de doze até dezoito anos completos) (BRASIL, 2011c; FLACH, 2012).
- Atenção Hospitalar: segue as mesmas prerrogativas de atendimento do segundo componente citado no atendimento de crianças e adolescentes que necessitem de cuidado hospitalar (BRASIL, 2011c; FLACH, 2012).
- Estratégias de Desinstitucionalização (BRASIL, 2011c, FLACH, 2012).

Outro dispositivo legal que serve à ampliação do acesso e caracterização do atendimento a crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas é a Portaria nº 130, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e declara que ele “poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente” e que “nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, exclusivamente ou não, o CAPS AD III deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 2012).

⁵ Em São Bernardo do Campo as Unidades de Acolhimento Provisório são chamadas “Repúblicas terapêuticas”, sendo referidas dessa forma nesse estudo e em sua forma abreviada – RTs.

Trabalhar com crianças e adolescentes na perspectiva da atenção integral na modalidade psicossocial é tomá-los protagonistas no processo de construção de projetos de vida e conjunto com a equipe, com a família e agregados destes e, trabalhar com dispositivos que se façam parceiros nessa construção.

Franch (2004) discute esse trabalho com o protagonismo juvenil, quando discorre sobre o envolvimento de adolescentes com a questão da violência, em situações de consumo de drogas, afirmando que se deve:

“promover os jovens como sujeitos das intervenções, capazes de participar ativamente na definição das prioridades, na implementação de ações e na avaliação dos resultados. Para trazer os jovens à cena é imprescindível redefinir posturas que estão ainda muito enraizadas na escola, na política, na comunidade, na família e em muitos outros espaços de circulação juvenil” (p.63).

O trabalho com o cuidado direcionado ao sofrimento psíquico na infância e adolescência, inserindo-se aí a temática de álcool e outras drogas, na sua história de ações moralizadoras e higienistas começa a delinear um campo atravessado por uma série de interdições, mas também um cenário desafiador imbricado de linhas e fluxos a ser desvendado na consolidação de um modelo de atenção psicossocial para a população infantojuvenil.

3 PROCESSOS DE TRABALHO E CARTOGRAFIA NA INSTITUIÇÃO: OS DESAFIOS NA CONSTITUIÇÃO DA DIMENSÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

3.1 OS PROCESSOS DE TRABALHO E SUBJETIVAÇÃO PRODUZIDOS NA MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Pode ser razoável considerar que a complexidade que permeia o discurso da política oficial de um modelo de cuidado integrado e integral em saúde mental infantojuvenil e seu processo em ato não consegue ser contemplada pelos manuais de implementação da política nacional para a saúde mental, ou tampouco pela garantia de atendimento e acesso a essa rede.

Diante das adversidades e dificuldades já discutidas na implantação de uma política de cuidado em saúde mental infantojuvenil, no que tange a usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, faz-se importante o olhar sobre os processos de trabalho em rede porque eles permitem compreender como se dá o cuidado compromissado, articulado na negociação dos sentidos tanto entre os profissionais em relação aos usuários quanto dos profissionais entre si.

Merhy e Fewerwerker (2009) apontam que produzir cuidado por meio do trabalho em saúde solicita a construção de processos relacionais de trabalho que congreguem gestores e profissionais, bem como profissionais e usuários e possam suportar a exposição da implicação que a produção de cuidado requer. Para eles, a complexidade da implicação nasce na interseção entre dois momentos.

O primeiro, na utilização de tecnologias – procedimentos, normas e outras regras e condições já estabelecidas anteriormente por outros grupos de trabalhadores no fazer cotidiano - e o segundo, na tensão emergente da utilização de outras tecnologias de cuidado – relacionamento, escuta, vínculo – na tensão entre saber e fazer diante da necessidade singular de cada usuário.

Por outro lado, Amstalden et al. (2010) destacam algumas características da ação profissional que eles consideram importantes na produção do cuidado por meio de uma rede de saúde:

- “a ação de cuidado deve ir além de intervenções técnicas ou que se pensem autossuficientes e limitadas ao espaço interno do serviço” (p.41).
- a construção da rede é uma tarefa constante e dinâmica, resultado também das demandas singulares e específicas de cada sujeito” (p.41).
- “a construção da rede, assim como o ato clínico, precisa ser inventiva, e produzir efeitos de rede mesmo onde não existam serviços complementares constituídos” (p.42).

O desafio de se compor uma rede de saúde de acordo com o que é preconizado não está no seu acesso, mas principalmente na sua composição.

Rovere (1999) defende que a rede de trabalho é constituída de pessoas e só elas podem conectar-se e criar vínculos entre si, o que não ocorre com os cargos e instituições.

Portanto, para este autor, a produção dessas redes dá-se na consecução de uma hierarquia de vínculos, que ele classifica e define em níveis de profundidade, ações e valores produzidos, ou seja, ela é permeada pelos processos de trabalho que ocorrem no cotidiano da instituição.

O primeiro nível de profundidade da relação é o do 'reconhecimento', em que a atuação só é possível a partir do reconhecimento de que o outro existe.

O segundo nível é o do 'conhecimento' no qual há o interesse de conhecer esse outro e aceitá-lo como interlocutor válido.

O terceiro nível é o da 'colaboração', definido por colaborações esporádicas com o outro, mas não sistemáticas.

O quarto nível é o da 'cooperação', quando já existe um problema comum e uma forma mais sistemática e estável de ação conjunta.

O quinto nível é o da 'associação' e decorre da atividade conjunta tomando forma de algum acordo ou contrato de como vão ser compartilhados os recursos (ROVERE, 1999).

O esquema trazido pelo autor, além de um modelo explicativo sobre como se compõem as redes de cuidado em saúde, focado nas relações que se estabelecem em seu bojo, resgata a complexidade e não linearidade dessas relações aplicadas aos processos de trabalho com saúde mental infantojuvenil. Isso também se explica na composição deste trabalho, posto que ele requer como dito anteriormente, a inclusão de uma série de dispositivos (escolas, outros órgãos e estabelecimentos da rede de saúde e áreas afins), tão logo de pessoas com diferentes experiências e valores a ser concatenados na produção coletiva do cuidado.

Para Franco et al. (2009), o cuidado é uma produção, uma fala da rede em fluxo, dos sujeitos em ação, na sua razão e desrazão, e, sobre esse pressuposto há uma produção subjetiva do cuidado em saúde. Baseados nessa concepção os autores propõem um modelo de análise dos processos produtivos do cuidado a partir de três dimensões:

- 1) a rizomática que captura as relações dos trabalhadores como singularidades e coletivos, em conexões por fluxos entre si e com o outro, que operam no seu processo de trabalho (p.13);
- 2) a desejante na qual o desejo aparece como força propulsora na produção social da atenção básica e o cuidado em saúde (p.13) e;

- 3) a laboral em que o trabalho vivo em ato atua como uma plataforma sobre a qual ocorre todo o processo produtivo do cuidado mediado pelos sentidos com os quais o trabalhador significa esse mundo (p.13).

A ideia de trabalho vivo que está presente na concepção e no modelo proposto acima significa, em ultima instância, a necessidade - gerada pelas circunstâncias subjetivas e objetivas - a partir da qual o trabalhador passa a reinventar suas práticas, considerando o que ele conhece e as contingências do cotidiano.

Esteados nessa compreensão Merhy e Franco (2003) consideram que o “trabalho vivo em ato” é o trabalho no momento em que está sendo produzido. A partir da ideia de trabalho em ato, a produção do cuidado insere-se no que denominam de ‘composição técnica do trabalho centrada no campo relacional’ (MERHY e FRANCO, 2003).

Para esses autores, o trabalho em saúde coletiva é sempre relacional, sendo que as relações que se estabelecem nesse espaço podem apresentar-se de duas formas:

- a *sumária e burocrática*, em que a assistência se produz no ato prescritivo, tendo sua origem no saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Essa forma eles denominam de tecnologias duras de trabalho - instrumental construído anteriormente ao trabalho do profissional em dada situação, como normas, regras e procedimentos preestabelecidos (trabalho morto).
- a “*interseçora*” (sic), no modo singular a partir do qual cada profissional aplica seu conhecimento e no caráter relacional da ação entre profissionais e usuários na produção do cuidado. Essas são denominadas respectivamente de (trabalho vivo): tecnologias leves-duras – conhecimento aplicado diante de um saber já estabelecido; e leves – relações, vinculação,

acolhimento e escuta diante das necessidades singulares do usuário (MERHY e FRANCO, 2003).

Sobre os tipos de tecnologias descritas acima, Merhy e Feuerwerker (2009) destacam que a produção de atos de saúde ocorre mediada pelo trabalho vivo, ou o terreno no qual predominam as tecnologias leves, relacionais, em detrimento das tecnologias duras, normas e saberes estruturados, onde predomina o trabalho morto.

Na composição técnica do trabalho Merhy e Franco (2003) consideram que a dimensão “interseçora” (sic), a das tecnologias leves-duras e leves, centradas no campo relacional, também propicia uma negociação de sentidos no trabalho, além da produção de um cuidado subjetivado ligado às necessidades do usuário.

Para Mendes (2007), utilizar-se de estratégias que permitem ao trabalhador engajar-se no coletivo da organização e no compromisso de trabalho negociado entre a produção e o seu desejo possibilita a sublimação, a subjetivação e a consideração do trabalho como um lugar de investimento, mais do que físico, simbólico. E o fator simbólico é o que corrobora para a construção da identidade do trabalhador daquela organização.

Para o campo da Saúde Mental infanto-juvenil, os processos de trabalho podem refletir ricas experiências sobre como se produz o cuidado em saúde mental dessa população no que tange aos fazeres cotidianos realizados nos serviços de saúde mental.

Para Franco (2006), o processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, vem revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. E este universo vai trazer à tona as relações cotidianas de trabalho que competem para a produção do cuidado nos espaços coletivos de saúde.

Os processos micropolíticos de trabalho que se apresentam na instituição definem-se nos serviços de saúde compondo no contexto institucional um palco de ação de determinados protagonistas – profissionais

– que têm intencionalidade e que disputam neste um sentido geral para esse trabalho (MERHY, 2002b).

Franco (2006) reconhece que a vida produtiva organiza-se pelas relações ou, melhor dizendo, pelas conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Essa forma de condução de processos repete-se para todos os níveis de produção: é social e subjetivamente determinada e vai configurando certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra.

A cartografia do trabalho vivo em ato, metodologia em que se baseia esse trabalho, vai focalizar os processos de trabalho no interior do CAPS ADi enquanto espaços “interseções” (sic) e produtores de racionalidades acerca do sofrimento psíquico infantil, formas de acolhimento e de cuidado que ali são preconizados. Esse cuidado visto como produção em um território de multideterminações, por meio de encontros e negociações que podem fabricar ou não a autonomia dos profissionais, a partir do trabalho da equipe de saúde. Por isso, acredita-se que o cuidado e não a clínica é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para a defesa da vida (MERHY e FERWERKER, 2009).

Nesses termos, a composição técnica do trabalho também será utilizada como modelo de referência à apreensão, captura e análise dos processos coletivos de trabalho onde se dão distintas modalidades de cuidado.

Nesse cenário, tornar-se-á necessário, conseqüentemente, que:

- se investiguem as concepções de cuidado;
- se elucidem as interações dos profissionais destas; entre si e com os usuários, tais como elas se apresentam na prática profissional;
- se evidencie como se processam as inserções dos trabalhadores em redes de cuidado em saúde mental infantojuvenil;

- bem como, se verifique a existência de micro processos de trabalho - fazeres cotidianos - e suas articulações com a perspectiva da complexidade do cuidado integral infanto-juvenil.

3.2 CARTOGRAFIA, ATRAVESSAMENTOS INSTITUCIONAIS E A CONFIGURAÇÃO DE ESPAÇOS DE TRANSVERSALIDADE NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

Diante do que foi exposto, da complexidade em que se dá a produção de cuidado e os processos de trabalho de profissionais em um CAPS ADi, com todas as nuances histórico-políticas já descritas, a opção de trabalho com a cartografia enquanto arcabouço teórico metodológico vem sustentada por três elementos que serão descritos a seguir.

O primeiro elemento de sustentação que fundamenta a minha opção pelo trabalho com a cartografia é o fato de ela trazer como “desafio o desenvolvimento de práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades” (BARROS e KASTRUP, 2009).

Tendo em vista que parto do pressuposto de que as relações de trabalho produzem-se a partir desses processos inventivos, subjetivos e micropolíticos produzidos no cotidiano de cuidado, torna-se premente que me apoie sob a égide da cartografia para tentar esboçar a realidade institucional à qual me remeto.

O segundo elemento de sustentação é o fato de a cartografia, diferentemente da produção de um simples mapa, ou da representação de um todo estático, ser um desenho que acompanha e se faz ao mesmo

tempo em que os movimentos de transformação da paisagem (ROLNIK, 1989).

Ela é um recurso potente para cartografar paisagens psicossociais, situação a partir da qual a autora afirma que a cartografia “se faz, ao mesmo tempo, que o “desmanchamento” de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros (...) (p.15)”. Ou ainda, que se espera do cartógrafo que ele dê “língua a afetos que pedem passagem (...) que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis (...)” (ROLNIK, 1989, p.16).

A tarefa de se investigar a realidade psicossocial, no campo de pesquisa, em um espaço-tempo que é mutante e multideterminado por tantas outras adversidades trouxe a inquietação de produzir conhecimento em um cenário que é puro movimento, como a realidade do trabalho, do cuidado em saúde (mental), o que requisita um ferramental que, na visão da pesquisadora, enquadra-se na proposta da cartografia.

No cerne da questão de habitar cenários que se desmancham e se reconstituem deve-se retomar o conceito deleuziano de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, os quais se mostram substanciais para o entendimento dos movimentos desejantes que se produzem no interior do coletivo institucional.

Rolnik (1989) denomina movimentos de territorialização: “intensidades se definindo através de certas matérias de expressão; nascimento de mundos” (p.33) e o movimento de desterritorialização como: “territórios perdendo a força de encantamento; mundos que se acabam; partículas de afeto expatriadas sem forma e sem rumo” (p.33).

O último movimento descrito, de reterritorialização é visto como “a composição de um novo mundo, concatenado a partir de novas figurações, linhas e fluxos de desejos e afetações” (ROLNIK, 1989, p.34).

Os conceitos de (dês/re) territorialização são substratos do cenário institucional em que os processos de trabalho operam, são produzidos na conjugação de afetos e dão vazão à produção de cuidado. Isso acontece

sempre a partir da configuração e reconfiguração desses substratos, nas palavras de Sueli Rolnik (1989) em movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de máscaras⁶.

Na exposição de um modelo de ferramentas que possa ser usado em campo na captura desses substratos, Merhy (2002b) discute a composição de três tipos de territórios que se fazem pertinentes na produção do encontro com a dimensão cuidadora. São eles:

1) Que e qual o território de saúde de qual se fala? – A identidade do campo de práticas de saúde como um território de práticas de cuidado;

2) Que cartografia, mapas, esse território pode conformar? - O desenho predominante adquirido por essa lógica e que marca um mapa bem definido como certo modelo de se produzir o cuidado em saúde, no qual de definem os próprios perfis profissionais e;

3) Que ações compõem singularmente esse território e que focos de intervenções são possíveis de ser visualizados? - As lógicas micropolíticas e institucionais, articuladas pelos modos de se produzir saúde, modo de organizar os poderes entre as profissões, organizar estruturas burocrático-administrativas e modos de representar riscos e doenças.

Esses questionamentos são pontos de partida continuamente (dês/re) territorializados na instituição e a expressão desse movimento é o que se espera capturar (MERHY, 2002b, p. 145-146).

Não obstante, a discussão em torno dos componentes do cenário institucional em que ocorre a produção subjetiva do cuidado, mas também dos movimentos que aí se (re)produzem, é bem mais complexa do que o que já foi descrito acima. A discussão põe ainda em voga a multiplicidade à qual se refere o campo de pesquisa identificado como palco desses movimentos, dos desejos intercambiantes e mutantes que atuam na produção de ações de cuidado em saúde mental, por exemplo.

⁶ Aqui a ideia de “constante criação de máscaras” não tem o significado perjurativo ou falso que o termo possa assumir para o senso comum. A autora entende a máscara como algo que dá sentido a determinada composição-existência e que “por trás de cada máscara não há rosto algum, um suposto rosto verdadeiro, autêntico, originário” (1999, p.32)

Deleuze e Guattari (1995) refletem a multiplicidade desse cenário na arquitetura do conceito de rizoma, que eles descrevem como um sistema aberto, acentrado, que “conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza; ele põe em jogos regimes de signos muitos diferentes, inclusive estados de não signos...” (p.43); um sistema “que não se deixa reconduzir nem ao uno, nem ao múltiplo...” (p.43); “que não é feito de unidades, mas antes de dimensões, ou antes, de direções movediças...” (p.43); “não tem começo nem fim, mas sempre um meio a partir do qual ele cresce e transborda” (p.43).

A importância de se trazer a concepção de rizoma foi de situar o lugar de onde se parte para propor a cartografia, um lugar desterritorializado pelo “olhar estrangeiro” como o palco de produção desta, delimitado pela multiplicidade, por descontinuidades e rupturas, a partir das quais se constroem novas “faces” reterritorializadas para a construção do cuidado integral; deste cuidado sendo entendido como encontro dentre dois sujeitos – usuários e profissionais de saúde - que dialogam para chegar a soluções viáveis de resolução de problemas e construção de projetos de vida (AYRES, 2007).

Nesses termos Barros e Kastrup (2009) enfatizam o contexto em que se apoia o modelo de ciência evidenciado aqui. A história da Ciência é marcada por pontos de bifurcação, por zonas de indeterminação, por pequenas quebras, que nos fazem perceber uma espécie de rizoma. Esta imagem opõe-se à imagem da Ciência que se faz por trajetórias e rupturas, tal como apresenta a história epidemiológica (p. 55).

Ainda para Deleuze e Guattari (1995), o rizoma é feito somente de linhas: linhas de segmentaridade, de estratificação, como dimensões, mas também linhas de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia, mudando de natureza” (p.43).

Para Deleuze e Parnet (1998), indivíduos ou grupos, somos feitos de linhas e tais linhas são de natureza bem diversa (p.101).

A primeira espécie de linha que nos compõe é a de segmentaridade dura, a exemplo da família - profissão; o trabalho - férias; a família - e depois a escola - e depois o exército - e depois a fábrica - e depois a aposentadoria (DELEUZE e PARNET, 1998, p.101). Ele revela-se no instituído, na regulação de relações por meio das quais se organiza a ordem estabelecida na produção de algo (por exemplo, cuidado) e a partir dele, criam-se sentidos de sobrecodificação sobre a realidade anulando-se sua possibilidade múltipla de ressignificação (FEUERWERKER, 2012, p.11).

As linhas segmentárias moleculares são bem mais flexíveis e, apesar de atravessarem tanto as sociedades, os grupos quanto os indivíduos, elas traçam pequenas modificações e desvios em sua trajetória. Muitas coisas passam sobre essa segunda espécie de linhas, devires, micro-devires, que não têm o mesmo ritmo que nossa "história" (DELEUZE e PARNET, 1998, p.101). As linhas de segmentaridade moleculares seguem estatutos bem diferentes das anteriores. Nelas, os segmentos procedem por limiares, vão além de grandes oposições molares ou binárias e é por onde vão passar fluxos de desterritorialização e reterritorialização (FEUERWERKER, 2012, p.12).

No encontro entre as duas linhas anteriores, se configura o terceiro conjunto de linhas denominado linhas de fuga, que produzem uma máquina mutante, fabricante de todos os movimentos de desterritorialização, ou seja, o plano instituinte da ação, da invenção (FEUERWERKER, 2012, p.12). Esta é a linha mais complicada de todas, a mais tortuosa, a de maior declive. Em todo caso, as três linhas são imanentes, tomadas umas nas outras (DELEUZE e PARNET, 1998, p. 101-102).

As linhas de segmentaridade compõem o rizoma e é na forma como elas operam que forças estão em jogo, a todo o momento, na disputa pelo que é bom – mau, manicomial – anti-manicomial, cuidado-descuidado.

Em consonância a isso, a captura do jogo de forças que se produz nos contextos institucionais de cuidado é o que se assenta como terceiro elemento de sustentação na escolha da cartografia para a produção deste trabalho.

O terceiro elemento é justamente a possibilidade de captura deste jogo de forças que se produz nos contextos institucionais de cuidado. Sobre como proceder essa captura, Barros e Kastrup (2009) defendem que a política da escrita na inserção ao campo deve

incluir as contradições, os conflitos, os enigmas e os problemas que restam em aberto. Não é necessário que as conclusões constituam todos fechados e homogêneos, nem é desejável que estas sejam meras confirmações de modelos teóricos preexistentes (...) em síntese a expansão do campo problemático de uma pesquisa ocorre com suas conclusões, mas também por sua inconclusões (BARROS e KASTRUP, 2009, p.72).

Para Deleuze e Parnet (1998), o que “é chamado por diversos nomes – esquizoanálise, micro-política, pragmática, diagramatismo, rizomática, cartografia – não tem outro objeto do que o estudo dessas linhas, em grupos ou indivíduos” (p.102).

Em decorrência do exposto se justifica a proposição da cartografia como instrumental capaz de dar visibilidade ao desenho e à dinâmica em ato no emaranhado de linhas e planos que configuram o real social em determinado momento e sob certos pontos de vista.

A micropolítica do trabalho, então, é vista e produzida no plano molecular, em que se efetivam as relações de poder (MERHY, 1997; FEUERWERKER, 2012) e logo, produções de cuidado e descuido em um CAPS ADi tomando como referência os processos de trabalho.

As ferramentas cartográficas postas em relação aos processos de trabalho possibilitam captar os movimentos contínuos e descontínuos do trabalho vivo, em sua dinâmica, por meio do “olho vibrátil” do cartógrafo que, ao vibrar com as intensidades, abre-se a seus afetamentos e, por isso, pode percebê-las como expressões do mundo da produção no campo da saúde (MERHY e FRANCO, 2003).

Como já descrito, os serviços de saúde voltados à infância e à adolescência apresentam-se de forma particular, relativamente recente e sob a premissa de construção de um modelo não institucionalizado. Por isso a evidência da relação entre os processos de trabalho e o cuidado produzido

em dois casos emblemáticos atendidos no CAPS ADi traz, em seus desafios, já veementes, a composição de uma cartografia.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL:

Evidenciar a relação entre a produção de cuidado em saúde mental e os processos de trabalho desenvolvidos em CAPS ADi.

4.2 ESPECÍFICOS:

1. Identificar concepções e modalidades de cuidado declaradas e praticadas pelos profissionais de CAPS ADi;
2. Tipificar as relações de trabalho inerentes à produção do cuidado dos profissionais entre si e destes com os usuários em CAPS ADi;
3. Investigar a implicação subjetiva do trabalhador nos processos de trabalho.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório, de natureza qualitativa.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

Um CAPS ADi do tipo III do município de São Bernardo do Campo em São Paulo.

O critério para seleção foi a escolha do estabelecimento que tivesse uma equipe multiprofissional mínima completa ou próxima disso para um CAPS do porte do escolhido. Outro critério também considerado foi a retaguarda de uma quantidade de pessoas mais próxima à relação preconizada pelo Ministério da Saúde.

Os critérios descritos acima tomaram como base a relação descrita pelo Ministério da Saúde para um CAPS AD de tipo III⁷.

⁷ Os 45 funcionários contemplam a equipe mínima sugerida para um CAPS AD de tipo III proposta pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012). Este documento sugere também para esse tipo de CAPS, sendo regional, dar retaguarda para 200 a 300 mil habitantes. Apesar disso, o CAPS ADi III de São Bernardo do Campo possui a especificidade de servir de retaguarda para 765.463 mil habitantes, por ser único no município. O documento foi tomado como base visto que ele esclarece em suas considerações gerais que “poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente” em seu espaço.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Profissionais de nível médio e superior trabalhadores de CAPS ADi.

A quantidade de participantes foi definida a partir da disponibilidade dos profissionais para participar dos grupos focais que ocorriam ao final das reuniões gerais semanais do serviço.

O grupo variou entre um total de 6 a 10 participantes.

5.4 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A fim de compor a cartografia da micropolítica dos processos de trabalho envolvidos na produção de cuidado em um CAPS ADi da região de São Bernardo do Campo em São Paulo, esse estudo tomou como ponto de partida a eleição de dois (casos) emblemas atendidos ou em atendimento, a ser discutidos com os trabalhadores e revisitados no respectivo estabelecimento assistencial de saúde.

A micropolítica dos processos de trabalho é descrita por alguns autores (SARTI, 2012, no prelo, p.31; MERHY et al., 1997) como “o agenciamento de saberes e práticas que se conformam na interface de um determinado modo de produzir serviços e ações em saúde com o mundo das necessidades de saúde das pessoas”.

A eleição de dois casos emblemáticos serviria como um norteador para cartografar os processos de trabalho e a produção de cuidado no CAPS no recorte de duas situações de atendimento na instituição.

Para isso o estudo utilizou-se de uma ferramenta denominada “método do caso-traçador” que congregou vários planos de análise na revisita dos casos emblemáticos.

A proposição desta ferramenta é feita por Feuerwerker e Merhy (2011) e descrita como “uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos (marcadores biológicos, marcadores clínicos, por exemplo) como em estudos qualitativos, tanto na área das ciências e políticas bem como, nas áreas da educação e saúde” (p.297).

O método consistiu no acompanhamento de vários momentos de operatividade dos trabalhadores na instituição, em torno dos casos emblemáticos, partindo de pontos diferentes, tais como, a fala dos profissionais em grupos focais, entrevista com os usuários destinatários do cuidado, análise de registros feitos em prontuários, bem como, observação de situações pertinentes aos processos de trabalho na produção de cuidado no CAPS.

A congregação desses pontos de análise poderia evidenciar distintas formas de atuação e interação da equipe, incluindo a configuração do conjunto de tecnologias do cuidado utilizado nos casos. Além disso, incluiria o papel ocupado pelos diferentes profissionais no ato de cuidar e a posição que o usuário ocupava nessa construção (SARTI, 2012, no prelo; FEUERWERKER e MERHY, 2011), bem como, permitiria analisar em situação processos de trabalho complexos que dizem muito sobre as ações cotidianas dos profissionais de saúde.

A identificação dos casos emblemáticos - significativos para o serviço e representativos deste - que serviram como ponto de partida para o estudo foi feita pelos trabalhadores a partir de três emblemas propostos pela pesquisadora enunciados da seguinte forma:

1) O primeiro seria o de um caso que foi difícil, mas teve um desfecho satisfatório, na visão dos trabalhadores.

2) O segundo seria o de um caso que foi difícil e teve um desfecho não satisfatório, na visão dos trabalhadores.

3) O terceiro seria o de um caso que foi difícil e que era mais típico dentre a maioria dos casos atendidos, independente de ter sido avaliado como satisfatório ou não na visão dos trabalhadores. A discussão desse caso seria opcional, por conta da restrição de tempo na permanência da pesquisadora em campo.

A problematização/investigação dos casos emblemáticos foi feita, em um primeiro momento em grupo, em que os profissionais do CAPS que se propuseram a participar da pesquisa elegeram quais os casos seriam pertinentes à mesma. Nessa ocasião foram escolhidos dois dentre os três casos-emblema propostos pela limitação do tempo e disponibilidade dos profissionais em realizar grupos focais paralelos.

A seguir foram realizados quatro grupos focais no total, um em cada semana, de forma ininterrupta, tendo sido abordado cada caso em uma periodicidade quinzenal. Os encontros foram organizados dessa forma a fim de que houvesse um maior número de profissionais nos grupos, tentando-se congrega a escala de enfermagem e o horário dos outros profissionais.

O grupo focal com os profissionais do referido estabelecimento objetivou recuperar os agenciamentos de saberes, práticas e afetos circulantes nos processos de trabalho, na construção coletiva de estratégias e implicações relacionadas à produção de cuidado em dois tipos de casos emblemáticos eleitos e discutidos com a equipe enquanto temáticas das reuniões.

Os grupos focais foram organizados em torno do primeiro e do terceiro caso, por conta destes terem sido os que mais mobilizaram discussão entre a equipe.

Os grupos focais foram agendados segundo a disponibilidade dos trabalhadores ao final de cada reunião geral semanal. A coordenadora do estabelecimento cedeu um horário ao final desta reunião para a realização dos grupos. Cada grupo focal contou com um mínimo de três profissionais que estiveram envolvidos no trabalho direto com os respectivos casos, segundo discriminado nos critérios para a escolha dos usuários dos casos

emblemáticos, no Anexo 01, Roteiro para discussões temáticas a ser utilizado no grupo focal.

A discussão que objetivou capturar a processualidade do cuidado operada em cada caso também foi orientada pelo roteiro, descrito acima, que consta no Anexo 01. O referido roteiro foi alvo de aplicação piloto em situações individuais para averiguação da acurácia dos itens propostos no corpo do instrumento.

A escolha dessas tipologias de casos objetivou além de fazer emergir os diversos significados que atravessaram os processos decisórios e atividades profissionais propostas em cada caso, conhecer também quais significados estavam atrelados a cada um dos emblemas de “satisfação” e “tipicidade” na instituição.

A escolha de trabalhar em grupo focal com os trabalhadores está apoiada no fato de que esta técnica poderia auxiliar na discussão dos processos de trabalho gerados em cada um dos casos emblemáticos e a complexidade que eles operaram no CAPS ADi.

Segundo Gatti (2005), a maior potencialidade do trabalho com grupo focal está ligada à possibilidade que ele oferece de trazer um conjunto concentrado de informações de diferentes naturezas (conceitos, ideias, opiniões, sentimentos, preconceitos, ações, valores) para o foco de interesse do pesquisador.

Outros estudos com grupos focais em pesquisas qualitativas e em Saúde também apontam para os mesmos como espaço privilegiado não somente no alcance de concepções grupais, mas, na captura de tendências humanas de formar opiniões e atitudes na interação com os demais (BACKES, et al. 2011); produzir dados, opiniões e atitudes na interação com os demais participantes (CARLINI-COTRIM, 1996) sentimentos e pontos de vista individuais em jogo e dificilmente conseguidos fora do grupo (KIND, 2004); e, oportunizar a exploração de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista e o estreitamento do tema a ser pesquisado no cotidiano do trabalho (RESSEL, 2008).

A estruturação das reuniões em grupo focal baseou-se na operacionalização feita por Tanaka e Melo (2004).

- Definir claramente o problema a ser avaliado; no caso deste estudo, definir como a equipe operou diante de duas situações emblemáticas de trabalho.
- Contar com um facilitador e, de preferência, com dois relatores para anotar a discussão.
- Constituir um grupo focal que deve ter uma composição homogênea, preservando, porém certas características heterogêneas do grupo, afim de que os participantes se sintam confortáveis e livres para participar da discussão.
- Respeitar, na situação de seleção, os critérios estabelecidos previamente, de acordo com o objeto da avaliação. No caso deste estudo o critério de seleção foi profissionais que trabalhassem no CAPS ADi há pelos menos 6 meses e que tivessem interesse de participar da pesquisa.
- O tamanho do grupo deve ser geralmente de 6 a 10 membros, recomendando-se que se convidem mais de 20% do total para cobrir possíveis ausências.
- Os participantes devem ser vagamente informados sobre o tema da discussão para que não compareçam com ideias preestabelecidas.
- O local dos encontros deve favorecer a interação entre os participantes e a duração do grupo deve ter em torno de uma hora e trinta minutos a duas horas.
- O papel do facilitador, dependendo do objetivo pretendido, pode ser mais ou menos interventor, podendo o observador fazer perguntas abertas ao grupo para elucidar questões pertinentes. Além disso, o facilitador deve ser capaz de realizar uma escuta qualificada acerca do que será mencionado.

- A análise das informações deve incluir o facilitador, o que neste estudo, ocorrerá já que o facilitador é o pesquisador responsável pelo estudo.

A relevância do uso de um roteiro com perguntas associadas à temática a ser trabalhada, tal como o instrumento no Anexo 01, também foi descrita por Carlini-Cotrim (1996) e Kind (2004) como uma forma de facilitar o processo de discussão em torno do que se desejava investigar.

A opção pelo “método de caso traçador” requereu, como descrito anteriormente, um processo de investigação voltado aos usuários identificados pelos trabalhadores nos casos emblemáticos discutidos no grupo focal. Para isso, foram realizadas entrevistas semi-abertas com os sujeitos-usuários que abordaram os significados e caminhos do cuidado recebido por eles no CAPS ADi. O Roteiro de entrevista dos usuários pode ser visualizado no Anexo 02. Esse instrumento também foi alvo de aplicações piloto para averiguação da acurácia das questões propostas.

Antes da realização dos grupos com os profissionais e das entrevistas com os usuários escolhidos como participantes da pesquisa ambas as partes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentados nos Anexos 03 e 04 de acordo com o que preceitua a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que aprova diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

A investigação compreendeu também a observação de aspectos do cotidiano institucional concernentes aos planos macro e micro dos processos de trabalho em que se produziu o cuidado, a exemplo das características e funcionamento da instituição, bem como do grupo de trabalhadores que aceitou participar da pesquisa. Ademais, foram consultadas as informações pertinentes aos casos emblemáticos discutidos nos prontuários dos usuários.

A investigação desses outros espaços e planos, cenários da constituição do cuidado na instituição, teve como base o Roteiro de Investigação – Informações sobre a instituição e a aplicação do Formulário de caracterização dos profissionais que trabalham no CAPS ADi,

respectivamente, Anexos 05 e 06. O formulário de caracterização dos profissionais foi novamente alvo de aplicações piloto para verificação de sua acurácia.

A sobreposição de estratégias de captura e composição de cenários diante do objeto de investigação: o coletivo de trabalho na produção do cuidado, denomina-se cartografia do trabalho em ato (MERHY e FRANCO, 2003).

A cartografia dos processos de trabalho descrita por outros autores surge como uma possibilidade rica e dinâmica de acompanhar percursos, de implicar processos de produção subjetiva (do trabalho), de desvelar conexões de redes ou rizomas e de possibilitar o acompanhamento de processos e movimentos (MARTINES, 2011; PASSOS, KASTRUP e ESCOSSIA, 2009) na produção de cuidado.

Dessa forma sua importância é reconhecida na possibilidade de acompanhar o movimento da reforma sanitária brasileira e outras lutas macro e micropolíticas para a produção de políticas públicas no Brasil (Reforma Psiquiátrica) e na Saúde Pública (PASSOS, KASTRUP e ESCOSSIA, 2009).

A opção pelo trabalho com casos emblemáticos deu-se pelos objetivos e características da pesquisa em questão situada em uma abordagem qualitativa de investigação acerca do fenômeno cuidado, que prioriza muito mais o aprofundamento em torno do objeto de investigação na abordagem de sua complexidade.

Sobre a abordagem qualitativa Tanaka e Melo (2004) também apontam que esse formato de pesquisa atribui grau de importância à representatividade dos dados coletados, sem existir a necessidade de se definir uma amostra, porque o mais importante é o significado de uma dada informação para a situação avaliada e não a quantidade de informações ou o número de vezes em que ela aparece.

A mesma justificativa que pode ser tomada para a utilização do caso emblemático, pode ser descrita também, na adoção da técnica do grupo focal pelo fato de que em ambas, a captura dos dados ocorre na interação

que se instaura entre os participantes do processo, tal como afirmam Tanaka e Melo (2004) ou nas trocas realizadas no grupo - conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações - de um modo que não seria possível com outros métodos, como, por exemplo, somente a observação, a entrevista ou questionários (GATTI, 2005).

Neste estudo a ênfase da coleta de dados foi dada diante do significado dos relatos e a descrição dos profissionais sobre como eles construíram o processo de cuidado descrito e rediscutido em cada caso. Isso foi investigado nos grupos focais, tomando como base o projeto terapêutico proposto para os casos e revisitado, posteriormente, no relato das usuárias entrevistadas.

Após o término da coleta, da análise de dados e defesa da dissertação, ficou prevista a fase de devolutiva dos resultados à instituição que ocorrerá também pela realização de grupos focais com os profissionais participantes da pesquisa e reuniões com os familiares dos usuários.

Para Martines (2011) o cuidado pode ser apontado como um grande território a ser cartografado, lugar de produção e registros de subjetividades - produção no sentido da criação de relações, de significados, de encontros, aproximações e afastamentos (MERHY, 2002b; MARTINES, 2011).

Nesses termos este estudo objetivou evidenciar a produção de cuidado a partir da discussão em torno dos processos de trabalho desenvolvidos em dois casos emblemáticos atendidos em um CAPS ADi. Para tal fato a cartografia serviu como elemento matriz, visto que ela traz consigo essa possibilidade de acessar a realidade da instituição a partir do “grande olho vibrátil”, que enxerga os meandros de um fenômeno complexo como a atenção psicossocial em suas possibilidades dinâmicas de movimento e reconfiguração e que, ao mesmo tempo, consegue situá-los na dimensão dos casos-emblema estudados.

6 UM OLHAR PARA A REDE DE SAÚDE MENTAL NO CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE FAZEM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

6.1 PRIMEIRA APROXIMAÇÃO: O MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

São Bernardo do Campo, município paulista que faz parte da Região Metropolitana de São Paulo ou região do ABC, fica localizado no alto da Serra do Mar, no Planalto Atlântico. Sua extensão territorial é de 408,45 km² (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 01/01/2013) e, segundo dados do IBGE de 2010, possui 765.463 mil habitantes (IBGE, 01/01/2013). Possui um IDH considerado elevado, de 0,834. O que contribui para esse índice de desenvolvimento humano, em parte, é a instalação de um grande parque automobilístico desde a década de 50/60. Após um período de estagnação, na década de 90, o município voltou a crescer por volta de 2005, ainda tendo como principal atividade econômica a atuação no ramo da indústria automobilística, a produção moveleira e o crescimento de empregos em outros ramos de atividade comercial e de serviços (WIKIPEDIA, 01/01/2013).

A cidade se divide em zonas urbanas, em uma extensão de 118,21 km², e, em zonas rurais, em uma extensão de 214,42 km², além dos 75,82 km² ocupados pela represa Billings (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 01/01/2013). Sua zona urbana está subdividida em 45 regiões e a zona rural em 10 sub-regiões (WIKIPEDIA, 01/01/2013).

As condições econômicas descritas acima, no forte desenvolvimento do município alavancado pela indústria automobilística, no início do século XX e declinado ao final do mesmo, podem vir acompanhadas de conhecidas

adversidades visualizadas em qualquer cidade que experimentou um crescimento vertiginoso e grande popularização em curto período de tempo, na migração de pessoas em busca de trabalho em grandes concentrados industriais.

Essas explosões habitacionais e econômicas geralmente vem acompanhadas do enriquecimento de uma parcela reduzida da população em detrimento da precarização da situação econômica, de moradia e, de uma forma geral, da vida de outras pessoas. Isso, por sua vez, pode se relacionar a situações de vulnerabilidade social, inclusive no acesso a serviços básicos de saúde e assistência social.

O Sistema Único de Saúde, que entende “a saúde como um direito fundamental do ser humano” e trabalha sobre os princípios da “universalidade de acesso” e “integralidade da assistência”, tem como desafio atender a população do município dentro desse cenário histórico descrito (BRASIL, 1990a). A rede de saúde mental como parte desse sistema é certamente atravessada pelas questões pertinentes a precarização e vulnerabilidades nas situações descritas acima.

Pelo que foi descrito, este estudo - no recorte feito a favor da investigação de aspectos concernentes ao desenvolvimento da saúde mental infanto-juvenil - interessou-se em abordar os processos de trabalho e o cuidado direcionado ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas, em um estabelecimento de saúde específico e estratégico para a realização desse cuidado, o CAPS ADi no município de São Bernardo do Campo.

A escolha feita em torno desse município ocorreu por ocasião da apresentação do projeto à Secretaria de Saúde, às áreas de Educação Permanente e Saúde Mental.

Outro fator não menos importante para que o projeto fosse feito nos limites do município decorreu do fato de ele possuir uma rede de saúde mental minimamente estruturada. Além disso, ele possuía um trabalho iniciado mediante a possibilidade de reflexão dessa realidade em uma

proposta fundamentada na implantação e gestão de equipamentos da rede a partir do poder público.

Por este fato, o município tem tido destaque no estado pela implantação da rede de saúde mental e principalmente na implantação de um CAPS ADi III, estabelecimento bastante específico e raro que tem recebido visitas de representantes de outros estados para vê-lo em funcionamento.

6.2 SEGUNDA APROXIMAÇÃO: UM PONTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL, O CAPS ADi DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

A especificidade e complexidade de um equipamento destinado a crianças e adolescentes com uso abusivo de álcool e drogas com funcionamento 24 horas e todos os meandros, novidades e possibilidades de construção que este equipamento comporta também constituiu o motivo para escolhê-lo enquanto campo de pesquisa na rede de saúde mental de São Bernardo.

O CAPS ADi de São Bernardo do Campo, inaugurado em 2006, a partir de uma pressão exercida pelo Ministério Público sobre os gestores municipais, teve o intuito de integrar uma rede de saúde mental para crianças e adolescentes com padrão abusivo de uso de álcool e drogas. Nesses termos o município tinha que constituir uma rede de cuidados que subvertesse a lógica anterior do atendimento pautado em um regime ambulatorial, com sistema de agendamento de consultas e tendo com função preliminar o encaminhamento de adolescentes à internação em comunidades terapêuticas (FURTADO et al., 2012).

Em 2009, no que concerne à política para atenção a usuários de álcool e drogas, os CAPS AD Adulto e Infantojuvenil foram postos como ordenadores da rede de atenção à saúde mental para essa especificidade. Nesses estabelecimentos foram introduzidos o funcionamento em sistema de porta aberta, profissionais de referência, busca ativa e o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares aos usuários com a participação e o envolvimento das famílias (FURTADO et al., 2012).

O funcionamento da rede de atenção à saúde mental, segundo Furtado et al.(2012), teve como aposta a composição de equipes de trabalho que cumprissem o papel da reabilitação psicossocial no investimento à questão da vinculação do usuário ao serviço, na prestação de atenção individualizada, na conjugação de um projeto terapêutico que atentasse para a busca criativa de estratégias de reconstrução de cada vida e, na “apropriação” das intenções de tratamento por parte dos profissionais e usuários.

Outro aspecto central na implementação da política, não relacionado especificamente ao CAPS ADi, foi a decisão de colocar todos os CAPS em funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, contendo oito leitos cada a fim de que fosse garantido o acolhimento ao usuário nos momentos de crise, ampliando a capacidade de cuidado. Além disso, criaram-se outros espaços diversificados de cuidado na constituição de leitos para desintoxicação em casos de menor gravidade e “abstinência assistida”. Estes espaços funcionavam também como protetivos para crianças e adolescentes que se vissem diante da falta de opção de retornar às suas casas ou outros locais não associados ao tráfico e ao consumo abusivo de drogas (FURTADO et al., 2012).

A opção pela constituição em separado de unidades para o CAPS AD adulto e infantojuvenil também foi vista como uma maneira de ampliação do cuidado destinado a diferentes ciclos de vida, segundo Furtado et al. (2012). Esta opção é justificada pela ideia de que é importante que se tenha

propostas de intervenção terapêutica, projetos de inserção na cidade e outras formas de cuidado bastante distintas e pertinentes voltadas a populações diversas (FURTADO et al., 2012).

De acordo com o Manual do CAPS (BRASIL, 2004), os CAPS diferenciam-se em tipos, quanto à especificidade de sua demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves. O CAPS destinado ao público infanto-juvenil é o CAPSi e o CAPS que se destina à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas é o CAPS AD.

Nesse sentido, temos uma grande discussão sobre as atribuições relacionadas ao atendimento de crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, que foi parcialmente resolvida pela Portaria nº 130 que afirma que o “CAPS AD III poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente”, e, no parágrafo que segue essa distinção, afirma também que “nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, exclusivamente ou não, o CAPS AD III deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 2012).

São Bernardo do Campo optou por fazer a distinção da clientela infantojuvenil em um estabelecimento de saúde específico, para esta faixa etária populacional e que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, o denominado CAPS ADi. Isso está em consonância ao que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) sinaliza quando discorre no Artigo 87, sobre as linhas de ação da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente definindo-as como “serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão”⁸ (BRASIL, 1990b).

⁸ Grifos nossos.

Segundo informações do material de divulgação do CAPS ADi III, preparado pela gerência e funcionários do estabelecimento, ele se constitui em um serviço de saúde mental de portas abertas que atende integralmente crianças e adolescentes com história de uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) e que trabalha na perspectiva da inclusão social. Ele possui atualmente duas enfermarias, sendo uma masculina e uma feminina com três leitos cada para atendimento às intoxicações e síndromes de abstinência leves, bem como para atendimento terapêutico ambulatorial (NASCIMENTO et al., 2012).

A partir das observações realizadas será possível descrever aspectos específicos da estrutura e funcionamento do serviço.

O estabelecimento funciona em uma casa com um jardim à frente que a contorna pelo lado esquerdo até os fundos. Ainda na parte da frente, ou na entrada do estabelecimento, pode-se ver um portão principal e um outro portão que fica ao lado direito da casa e abre passagem para o estacionamento.

No final do caminho que ladeia a casa pela esquerda, abre-se mais um portão, que fica de frente para outros espaços da casa, tais sejam um quintal em área aberta e uma sala grande, onde são realizados alguns grupos e oficinas em uma área cimentada e coberta. Além disso, vê-se também uma edícula, ao final do terreno, que comporta equipamentos de ginástica e de outras oficinas, também realizadas no estabelecimento.

Dentro da casa principal, é possível observar, primeiramente, uma sala onde fica o funcionário da recepção, composta por uma divisória e, que possui em seu interior uma mesa, cadeiras e os prontuários dos pacientes guardados em dois grandes armários.

O espaço seguinte é onde se pode encontrar uma grande sala, com televisão, sofás, puffs e um armário com livros e à direita dela, uma sala de jantar e, uma copa. Na parede da sala de entrada e em alguns corredores

podem-se observar pôsteres de pessoas jovens realizando atividades, com paisagens bonitas ou imagens do cotidiano de uma casa, pessoas com máquina fotográfica, com animais.

À frente da sala com televisão estão os corredores que conduzem às salas de atendimento, que são utilizadas pelos mais diversos profissionais e, ao final deste, uma sala administrativa, um espaço reservado aos profissionais com computadores, telefone, um armário para guardar os pertences dos funcionários, mesas e cadeiras. Nesse local trabalha uma oficial administrativa.

Seguindo no corredor à direita, temos uma sala que é mais frequentemente utilizada pela equipe de enfermagem e/ou médicos, já que possui uma maca para exame, armazenamento, preparação e administração de medicamentos que também ocorrem na referida sala.

As enfermarias masculina e feminina (leitos) estão no seguimento do corredor à frente da sala da enfermagem, assim como a sala de reuniões, que também serve para a realização de atendimentos grupais e fica ao final dele. À direita da sala de enfermagem encontra-se ainda um armário de ferro em uma parede e a entrada para os banheiros.

Essa estrutura principal (casa) está separada da outra que possui equipamentos e materiais de uso das oficinas terapêuticas. No espaço separado da casa, pôde-se observar a realização de atividades como a capoeira, canto e o grupo de “contação” de histórias. Apesar disso, outras atividades são desenvolvidas naquele espaço, como o atendimento de adolescentes provenientes da Fundação Casa que chegam escoltados e são atendidos sempre em local reservado pela psiquiatra do CAPS.

As atividades descritas como parte do cotidiano do CAPS ADi foram: oficina de sexualidade, de orientação a pais e cuidadores; oficina de tear; projeto de gravação de um CD de capoeira infantil; oficina de vôlei; grupo de porta de entrada com pais (informativo para trabalhar orientações e

informações sobre a droga, sua ação, situações de intoxicação); acolhimentos; plantões; atendimentos individuais; atendimentos de referência; grupo terapêutico; oficina de jogos e brincadeiras (para trabalhar memória e raciocínio); visita domiciliar; atendimento familiar; contatos e articulações com outros pontos da rede; busca ativa de casos e resgate de algum adolescente em situação de vulnerabilidade quanto ao uso abusivo de droga. Além disso, outras atividades descritas pelos profissionais dão-se pela participação destes em reuniões e encontros com outras instituições ou de educação permanente relacionada com outros pontos da rede de saúde mental do município.

Não foi possível acompanhar, principalmente, as atividades descritas como oficinas e grupos, ao contrário das que puderam ser visualizadas em momentos de observação e interação com a equipe no período em que a pesquisadora permaneceu na instituição.

Outras atividades que aconteceram fora do estabelecimento, foram a oficina de caiaque, no Parque do Estoril, e a oficina de teatro, que acontece dentro de um teatro do município. A pesquisadora acompanhou a oficina de caiaque.

Vale ressaltar que, para entender o funcionamento do CAPS, deve-se referir a existência do serviço denominado República Terapêutica (RT), que funciona como uma parte importante conjugada ao mesmo.

A RT é uma unidade de acolhimento transitório para o adolescente (12-18 anos), usuário do CAPS, que tem maior autonomia e condições de viver em uma situação doméstica ao lado de outros usuários, residindo, desenvolvendo atividades e dando continuidade a seu projeto terapêutico. Ela visa além de dar continuidade ao tratamento, a ampliação do espaço vivencial e a possibilidade de construção de propostas de vida do adolescente ao lado de outras pessoas, quando os laços com a família estão rompidos ou ainda fragilizados.

A RT é como se fosse um “braço” do CAPS ADi que recebe encaminhamentos de usuários avaliados como capazes de ir morar em uma casa, tendo o CAPS funcionando ainda como suporte de atendimento e referência para o usuário que vai para lá. Para isso, os profissionais da RT (acompanhantes terapêuticos e técnicos de referência) participam das reuniões semanais do CAPS ADi e de outros espaços de pactuação com o mesmo.

O estabelecimento que passou a ser CAPS ADi em 2006, realizava atendimento conjunto com o CAPSi da região. Esse processo de divisão entre os dois equipamentos, segundo relatos da equipe, foi bastante conturbado, com muitas transformações no funcionamento do serviço que passou a atender um público específico, crianças e adolescentes com uso abusivo de álcool e drogas. Por conta disso, o perfil dos usuários ficou concentrado em uma faixa etária mais relacionada com a (pré) adolescência. Esse é um fato que pôde ser observado na fala dos profissionais quando identificam o serviço e a faixa etária com que trabalham como situada na adolescência e não na infância. Apesar disso, a pesquisadora chegou a presenciar o acolhimento e atendimento de uma criança de dez anos lá.

Outro momento descrito pelos profissionais como de grande transformação no cotidiano do serviço foi aquele em que ele se tornou 24 horas, o que ocasionou outra série de mudanças no funcionamento do mesmo.

A estrutura de atendimento 24 horas é descrita como hospitalidade noturna (HN) e as atividades desenvolvidas para os adolescentes que não ficam durante a noite no equipamento são descritas como hospitalidade diurna (HD). Estas modalidades de atendimento diferem também quanto às atividades desenvolvidas e a equipe de profissionais presentes. Na hospitalidade noturna, basicamente, tem-se a equipe de enfermagem trabalhando em escala de 12 por 36, enquanto que, na hospitalidade diurna,

tem-se uma equipe de técnicos mais diversa, com escalas de trabalho variadas.

Vale ressaltar que como o CAPS ADi III é o único do município, ele atende todas as microregiões de saúde, zonas urbanas e rurais, tendo os profissionais se dividido em mini-equipes para melhor desenvolver o trabalho de referência dessas subregiões, inclusive no que tange à realização de visita domiciliar e participação em reuniões de educação permanente e outras atividades. A escolha do técnico de referência do usuário também é feita a partir desse critério, da microrregião relacionada a cada profissional e usuário.

6.3 TERCEIRA APROXIMAÇÃO: OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO CAPS ADi

Segundo o material de divulgação organizado pela gerência e profissionais do serviço, a equipe multiprofissional do CAPS AD i III é composta de dois médicos psiquiatras, um terapeuta ocupacional, um gerente de coordenação, cinco enfermeiros, dezesseis técnicos de enfermagem, dois psicólogos, dois assistentes sociais, um educador físico, um oficineiro de nível superior, três oficineiros de nível médio, um oficial administrativo, um recepcionista, uma copeira, quatro vigilantes e quatro funcionários de apoio, totalizando 45 funcionários (NASCIMENTO et al., 2012).

A equipe multiprofissional possui escalas e horários de trabalho diferentes, sendo que a principal diferença está na escala da equipe de

enfermagem, que trabalha em regime de plantão de 12 por 36, havendo uma enfermeira com regime de trabalho de 40 horas que supervisiona os enfermeiros e técnicos de enfermagem, enquanto os demais profissionais possuem algumas diferenças de carga horária entre si. O serviço também recebe estagiários de diversas áreas, como os do curso de Enfermagem, Terapia Ocupacional e Teologia.

A fim de conhecer o perfil dos profissionais que trabalhavam no CAPS ADi, independentemente destes terem participado dos grupos focais, a pesquisadora aplicou um formulário de caracterização entregue a pelo menos metade dos funcionários. Houve dificuldade na entrega dos formulários a todos os profissionais do serviço visto que a equipe de enfermagem tem um horário bastante distinto dos demais (escala), o que inviabilizou o contato e/ou em outros momentos, o recolhimento dos formulários entregues.

A instituição possuía também funcionários afastados e licenciados da instituição que ficaram inacessíveis à pesquisa como um todo, apesar de entrar no quantitativo total de funcionários supramencionados.

Os profissionais que responderam ao formulário totalizaram 42% dos profissionais do serviço, o que parece ser uma referência razoável para conhecimento da equipe que trabalha na instituição.

A maioria dos profissionais que respondeu o formulário possui nível superior, onze (11) dos dezenove (19) profissionais e oito (08) deles exerciam funções de nível médio. Esses profissionais também possuíam entre um e quatro anos desde terem se formado (07 dos 19), na maior parte dos casos, e estavam nessa faixa de tempo de serviço público (10 profissionais, entre um e quatro anos). Eles começaram a trabalhar no CAPS, na maior parte dos casos há um a dois anos (14 dos 19 profissionais abordados). A maior parte não tinha tido experiência com saúde mental da infância e adolescência ou com álcool e drogas (12 dos 19 abordados).

Sobre o fato de terem trabalhado em um CAPSi ou ADi antes, a maior parte declarou que não possuía essa experiência (16 dos 19 abordados).

Os profissionais que responderam que haviam tido experiências na área da infância e adolescência ou de álcool e drogas anteriores ao trabalho no CAPS ADi III, citaram como locais destas experiências os seguintes espaços: CAPS AD, CAPSi, Residência terapêutica, Ambulatório de saúde mental, Hospital Lacan, NAPS Álcool e Drogas.

Quando perguntados sobre os cursos de Pós-Graduação ou outras formações significativas para a área, os profissionais descreveram ter participado de situações de formação variadas, a exemplo da formação em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Teatro, Reabilitação Neurológica, Saúde Mental, treinamento ou aprimoramento na área de Álcool e drogas, especialização em Terapia Cognitivo-comportamental, Família, Gestão de Políticas Públicas, Psicologia Jurídica e Organizacional.

Todos os profissionais afirmaram que gostavam de trabalhar no CAPS (19) e quase a totalidade declarou que se sentia reconhecida pelo trabalho que realizava (18 dos 19).

A maioria dos profissionais declarou que se implicava no trabalho e isso foi posto de diversas formas, destacando-se posturas individuais de dedicação ao serviço e justificativas da importância e amplitude do trabalho que realizavam (protetivo, social, específico, vigilante).

Sobre os aspectos que eles consideraram mais importantes no processo de cuidado, os profissionais descreveram, principalmente, os pontos a seguir: a questão do vínculo; o trabalho fundamentado na relação construída com cada qual; o respeito; a valorização da cidadania afastando-os da vulnerabilidade e riscos sociais; a possibilidade de se inteirar do contexto social, familiar; e a intervenção sobre estes; o olhar individualizado; a escuta; a empatia; o olhar mais amplo possível sobre o usuário e atenção; o carinho; e a necessidade de dar limites e esperança aos adolescentes.

Quando foi perguntado aos profissionais se eles conseguiam desenvolver os aspectos descritos acima na sua prática, os que responderam à questão afirmaram que sim (07 dos 19), seguidos da resposta “em parte” e “nem sempre” (04 dos 19). Dentre as justificativas apontadas como dificuldades para o desenvolvimento desses aspectos na prática de trabalho, foram descritas: questões inerentes aos adolescentes; dificuldades relativas à pactuação com a rede; e outras relacionadas com o cotidiano do serviço, de situações que atravessavam os processos de trabalho.

Quanto ao que mais agradava e o que desagradava os profissionais sobre *o reconhecimento que sentiam ter dos usuários*, estes relataram como o que mais lhes agradava: a possibilidade de aprender e construir o Projeto Terapêutico Individual (PTI) com eles; a possibilidade de construção de laços com os adolescentes; o fato de os adolescentes conseguirem aproveitar as atividades que têm no CAPS; as dificuldades dos adolescentes colocadas e reconhecidas por eles; a vontade de lutar; e a simplicidade dos usuários. Diferente disso, eles descreveram como o que mais os desagradava: a violência e situações de agressividade por parte dos adolescentes; fugas; não crítica; a impotência deles diante do adolescente; o desperdício de oportunidades; e “malcriação” por parte de alguns usuários.

Quanto ao fato do que mais agradava e desagradava os profissionais sobre *o reconhecimento que sentiam ter da gestão*⁹, estes relataram como o que mais os agradava: a disponibilidade e interesse dela quanto ao serviço e profissionais; a dedicação, a compreensão, a confiança, a autonomia e a liberdade dada para o fazer da equipe; a vontade de fazer tudo; a disponibilidade para discutir o projeto do CAPS ADi com os profissionais; a possibilidade de estes poderem se posicionar, trocar ideais e experiências

⁹ Observou-se que os profissionais tomaram como referência de gestão a gerente do CAPS em que trabalham, a partir dos registros, perguntas feitas e pelas instruções dadas sobre como responder o formulário. A exceção a isso foi a própria gestora do estabelecimento que respondeu à questão tomando como referência a gestão da Secretaria de Saúde.

com ela; e o empenho, entusiasmo e comprometimento dela com o serviço. Diferente disso, os profissionais relataram como o que mais os desagradava: cobranças sem pouco suporte financeiro e logístico para sua atuação (nesse caso fala-se da gestão municipal); ausência da gestora; ordens e posturas tomadas de forma atravessada ou individual; regras que não estavam claras; e outras situações de desmotivo que a gestão propiciava.

Quanto ao fato do que mais agradava e o que desagradava os profissionais sobre *o reconhecimento que sentiam ter da equipe* na qual trabalhavam, estes relataram como que o que mais os agradava: a possibilidade de troca de visões e experiências; a relação de confiança estabelecida; o fato de eles conseguirem se articular para tomar decisões; o longo tempo de experiência de alguns; e a possibilidade de trabalhar com diversas especialidades. Diferente disso, eles descreveram como o que mais os desagradava: o desafinamento; a falta de supervisão; as dificuldades de comunicação; a resistência ao novo; o medo de se comprometer; a desorganização; a falta de comprometimento; a falta de linguagem clara; e a desunião.

O que esses dados puderam sugerir sobre o CAPS e o cuidado prestado aos usuários dos casos emblemáticos escolhidos foi o fato de a equipe ser bastante mesclada, com uma grande parte de pessoas que chegaram ao CAPS há cerca de dois anos aproximadamente, mas com alguns membros bem antigos inclusive no serviço público. Isso possivelmente compõe um cenário bem diverso de construção, seja no pensar sobre o cuidado em um CAPS ADi, seja no trabalho de intervenção e principalmente, no jeito de constituir um coletivo de trabalho.

Dessa forma, a articulação com a área e os conhecimentos em Saúde Mental, como o cuidado no modo de atenção psicossocial, juntamente às demandas advindas do cotidiano do CAPS ADi movimentam de forma bastante adversa e inconteste as ações dos trabalhadores. Essas ações, ora parecem estar pautadas no desejo de subversão da realidade prevista para

o tratamento, na proposição de coisas que transcendem os muros da instituição, ora no sentimento de atravessamento ou atravancamento em seus modos de agir. Isso se aplica à realidade dos casos emblemáticos discutidos nos grupos focais.

Outro fato que vale ser destacado é o de que os princípios geradores de interlocução e cuidado necessários para a realização de um trabalho de inserção psicossocial estiveram presentes nos relatos dos formulários e discussões dos grupos e na fala dos trabalhadores sobre o serviço: na possibilidade de construção coletiva de um PTI; na importância da escuta individualizada e a necessidade de vínculo; no trabalho comprometido e adesão ao novo; bem como, em um olhar amplo direcionado ao contexto em que o usuário do serviço está inscrito.

Pelo que foi descrito ainda se pode destacar que os dois casos emblemáticos escolhidos referem-se a dois momentos distintos de ação da maior parte dessa equipe no estabelecimento.

No momento da entrada do caso-emblema típico, da adolescente R., a maior parte dos profissionais que respondeu os formulários não estava na instituição e, talvez, por isso, a apropriação e o acesso descrito neste caso foram bem distintos do caso-emblema com desfecho satisfatório, o da adolescente L.

Outras questões que também parecem ser enfatizadas no discurso dos profissionais são os efeitos de sentido que as situações atravessadoras do cotidiano do trabalho geram nas atividades desenvolvidas. Essas são compreendidas como determinantes ou potencializadoras de possíveis desencontros entre os profissionais e o que deve ser feito e discutido para o andamento do serviço ou até, quem sabe, na retomada de casos que eles descrevem como estagnados.

Em consonância a isso, esses desencontros descritos entre o que a gestão preconiza, os usuários trazem e esperam e as próprias diferenças

entre os profissionais da equipe, precisam ser equacionados ou problematizados no coletivo de trabalho.

Essa caracterização destacou um dos pontos deste estudo - a equipe profissional - no pensar sobre sua própria atividade. A seguir discutir-se-á a fala coletiva produzida em outros espaços da instituição, principalmente no grupo focal acerca do cuidado construído em dois casos-emblema atendidos pelo CAPS ADi.

7 CARTOGRAFIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO DESCRITOS NOS CASOS EMBLEMÁTICOS ATENDIDOS NO CAPS ADi

Esse item situa e problematiza três pontos de referência - falas, processos e fluxos nos grupos focais; situações de atravessamento no acompanhamento do cotidiano do serviço e, finalmente, o encontro com os usuários dos casos emblemáticos - para compor o cenário no qual a produção de cuidado foi construída em torno dos dois casos emblemáticos estudados no CAPS ADi.

A seguir compor-se-á a cartografia dos processos de trabalho e o cuidado revisitados no CAPS, tomando como base a constituição de três territórios que segundo Merhy (2002b) se fazem pertinentes na produção do encontro com a dimensão cuidadora. São eles:

1) A identidade do campo de práticas de saúde como um território de práticas de cuidado (Que e qual o território de qual se fala?);

2) O desenho predominante adquirido pela lógica de funcionamento do serviço e que marca um mapa bem definido como certo modelo de se produzir o cuidado em saúde, no qual se definem os próprios perfis profissionais (Que cartografia, mapas este território pode conformar?);

3) As lógicas micropolíticas e institucionais, articuladas pelos modos de se produzir saúde, modos de organizar os poderes entre as profissões, organizar estruturas burocrático-administrativas e modos de representar riscos e doenças (Que ações compõem singularmente este território e que focos de intervenções são possíveis de ser visualizados?).

Essa composição toma como pressuposto o fato de que a cartografia não é propriamente um recurso para análise e representação dos dados. Ela significa, sobretudo, uma possibilidade de revisita da trajetória onde eles foram produzidos e, no momento de sua constituição, uma nova produção.

A escrita sobre o que foi feito, dito e vivenciado produz novas realidades experimentadas aos participantes da pesquisa e ao próprio pesquisador que serão descritas a seguir.

7.1 O PRIMEIRO PONTO DE REFERÊNCIA: FALAS, PROCESSOS E FLUXOS NOS GRUPOS FOCAIS E O CUIDADO

7.1.1 Sobre a Escolha dos Casos

O primeiro grupo foi realizado no dia 18 de setembro de 2012 e teve como objetivo a concretização de alguns processos:

- Fazer a reapresentação dos objetivos do projeto aos profissionais que não estavam presentes na reunião de equipe anterior. Essa reapresentação teve como objetivo subsidiar a escolha dos casos emblemáticos da forma mais fiel possível ao proposto.
- Proceder à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declaração do desejo de participação na pesquisa e assinatura deste pelos profissionais.
- Entregar os formulários de caracterização dos profissionais do CAPS ADi III, a fim de que estes o preenchessem e entregassem posteriormente à pesquisadora.
- Realizar a escolha dos casos emblemáticos a ser revisitados.

Os profissionais que participaram dessa reunião foram: duas psicólogas, uma técnica de enfermagem, umaicineira de nível superior, uma enfermeira, duas assistentes sociais, um terapeuta ocupacional e uma

psiquiatra, em um total de nove pessoas. Além dos profissionais e a pesquisadora, participaram da reunião também cinco voluntários que comporiam duplas de observadores nas reuniões em grupo focal seguintes sobre os casos-emblema escolhidos.

A escolha foi inicialmente feita a partir de três casos emblemáticos supramencionados no item “Técnicas e Procedimentos de coleta de dados”.

O grupo de profissionais que estava presente à reunião fez a escolha, exceto pela gerente do CAPS, a partir da explanação feita acerca do que seria o emblema de cada um deles.

O primeiro caso-emblema problematizado foi o da adolescente L. que, segundo a escolha dos profissionais foi “difícil, mas teve um desfecho satisfatório”. Sobre isso, o que se pôde observar é que tanto esse primeiro emblema quanto o segundo, “difícil e com um desfecho não satisfatório” não suscitaram tanta polêmica e discordância ao contrário do que aconteceu com o terceiro emblema “caso difícil e típico”.

A seguir, o caso-emblema “difícil e padrão ou típico da instituição” (terceiro) gerou grande discussão e divisão no grupo, pois a equipe divergiu entre dois adolescentes, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, que segundo eles representavam as questões mais típicas do CAPS ADi.

A escolha do segundo caso-emblema foi realizada de forma bastante objetiva e razoavelmente mais rápida do que a do primeiro. Para este emblema, “difícil e que teve um desfecho não satisfatório” foi escolhido o adolescente W.. Este, por sua vez, já havia sido inclusive cogitado em uma reunião de equipe anterior, onde, na ocasião da apresentação do projeto da pesquisadora, a gerente do CAPS estava presente e sugeriu essa possibilidade.

A discussão, iniciada em torno das questões implicadas ao emblema da tipicidade (terceiro), gerou um elenco de características relacionadas ao que seria típico em casos atendidos no CAPS, bem como sobre os dois casos postos em dúvida para ser escolhidos e revisitados. As características elencadas foram:

1) A oscilação do estado do paciente que ora estava bem, ora estava muito mal, mudando de condição bem rapidamente (“passa um tempo bem no tratamento, ficando ruim muito rápido”).

2) O envolvimento com prostituição (no caso das meninas).

3) O uso de cocaína e crack.

4) Os pais fazendo uso de drogas ou algum membro da família com histórico de uso e abuso de droga.

5) A apatia, ou dificuldade da família de aderir ou de se comprometer com o tratamento do adolescente.

6) A mãe ou família com característica permissiva.

7) A questão da vulnerabilidade social e física associada à desestruturação familiar.

8) O envolvimento com o tráfico de drogas.

9) Os pequenos furtos ou outros crimes associados aos adolescentes.

10) A passagem pela Fundação Casa (mais no caso dos meninos).

11) O fato do paciente passar três, quatro e, às vezes, cinco anos no CAPS, com suas idas e vindas lá e em outras instituições.

O interessante dessa discussão foi perceber que os profissionais começaram a se questionar naquele momento o que seria típico no CAPS e, iniciaram um elenco de características a partir da fala de cada um na experiência do cotidiano de trabalho.

A discussão em torno do terceiro emblema, “difícil e tipicamente atendido na instituição”, processou-se na dúvida de escolha entre dois adolescentes, um do sexo masculino E. e outro de sexo feminino R. como os que mais se aproximavam deste elenco de características.

Nesses termos, foi solicitada à pesquisadora que realizasse o desempate entre os casos de acordo com as características e objetivos de sua pesquisa. A pesquisadora se posicionou, falando que a eleição que eles estavam fazendo não perpassava somente uma questão objetiva, mas também o desejo da equipe de revisitar os casos escolhidos. A partir de então, outros argumentos foram postos para definir, dentre os dois casos-emblema, qual seria revisitado.

Os argumentos relacionados à defesa a favor da escolha do caso-emblema típico do usuário do sexo masculino E. para discussão, assim como os argumentos contrários a isso, giraram em torno de uma mesma questão: o fato do adolescente já ter completado 18 anos e da proximidade de sua migração para o CAPS AD adulto.

Segundo os profissionais, a defesa pela escolha do caso-emblema acima se justificava pelo fato de o adolescente “não ser abandonado novamente”, visto que este estava sinalizando sentir-se abandonado mais uma vez, tal como foi ao longo de sua vida, agora pelo equipamento de saúde CAPS ADi. Por isso, foi um momento bastante delicado no tratamento desse caso.

O desejo de revisitar este caso parece ter tido como pano de fundo a questão do “investimento no caso”, uma vez que o argumento para escolhê-lo era de não abandonar o usuário novamente, ou seja, de continuar investindo no mesmo e o argumento contrário, falava das dificuldades que se teve para investir no caso até o momento.

Segundo os profissionais, o usuário deste caso teria passado um período curto de tempo no serviço e a equipe consequentemente teria tido pouco tempo para ajudá-lo, inclusive porque ele passou um período grande na Fundação Casa, interrompendo o tratamento no CAPS ADi nessa época. Na situação atual, o adolescente teria retornado ao serviço já com quase 18 anos, fato que talvez tenha provocado na equipe um sentimento de falta de potência diante da situação, de um trabalho que foi iniciado, mas descontinuado e, consequentemente, um desejo ambivalente quanto a reinvestir no caso mediante a sua revisitação por meio da pesquisa.

Aqui se podem questionar quais os critérios utilizados pela equipe para posicionar o caso nesse ponto “de lugar que se tem pouca coisa a ser feita”, por conta de que o usuário teria 18 anos e deveria estar sendo encaminhado para o CAPS Adulto em tempo próximo. Ou ainda, poderia se perguntar como se operava o cuidado na instituição em torno da situação de um adolescente que estava completando 18 anos e deveria passar a ser atendido pelo CAPS Adulto.

Aqui se pode questionar por quais vias os processos de trabalho e produção de cuidado no CAPS ADi estavam atravessados na opção de encaminhar o adolescente a outro CAPS, mais pela questão burocrática (da necessidade de encaminhamento devido à idade que completou) ou pela aposta clínica de maior possibilidade de investimento no caso pelo CAPS AD Adulto, investida por um sentimento de falta do que fazer, falta de potência da equipe perante o caso.

Parece ter havido a falta de uma aposta clínica a favor do caso ser continuado no próprio CAPS ADi, lugar o qual o usuário já possuía uma vinculação com a equipe e com o próprio equipamento (na permanência do adolescente como fator de potência de cuidado).

Essa distinção do perfil de clientela baseada em uma faixa etária de forma rígida não está descrita em nenhum documento oficial, mas é conhecidamente uma questão delicada e bastante polêmica dentre os estabelecimentos que atendem adolescentes até a faixa etária dos 18 anos.

Em consonância a isso, o intervalo de tempo definido como adolescência encontra variações nos documentos oficiais como o ECA (1990b), que a define entre os 12 e 18 anos de idade e, nos que seguem as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, a exemplo do “Manual de atenção à saúde do adolescente” da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que a define entre os 10 e 19 anos de idade (SÃO PAULO, 2006)..

No momento que se segue a reunião do grupo com os profissionais, estes continuam essa discussão sobre como manter E. em algumas atividades no CAPS ADi e encaminhá-lo ao CAPS Adulto para que ele inicie outros atendimentos lá.

Essas situações contraditórias fazem parte das complexas demandas descritas inerentes ao próprio CAPS e citadas por Merhy (2004) sobre o cotidiano de trabalho em uma instituição que se diz antimanicomial quando ele fala sobre “a existência de um cotidiano fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, que usuários muito múltiplos e, facilmente em estados de crise, têm sobre a equipe” (p.8) e desta equipe atravessada pelo imaginário de que seu agir clínico é suficientemente ampliado e sua rede de

relações, intra e intersetorial é suficientemente inclusiva para dar conta do usuário e suas demandas.

Dessa forma, o autor discute como o caminhar sobre essas circunstâncias pode gerar peso, fazeres considerados árduos e sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, (MERHY, 2004) a exemplo do descrito na fala dos profissionais sobre o pouco que tiveram a fazer no caso do adolescente E.; e, porque não, talvez, diante da angústia gerada pela situação, o desejo de sobrepor, dividir ou encaminhar a dificuldade à outra instância, “mais capaz” de resolvê-la.

Na discussão sobre a escolha do caso da usuária do sexo feminino R. como emblema típico, os profissionais relataram quatro principais argumentos a favor da revisitação do caso:

1) O fato de a usuária ainda permanecer no CAPS, e, por conta disso, a equipe poder/ter algo a fazer e discutir no caso dela.

2) O fato de a usuária ter idas e vindas na própria instituição (ter reiniciado, por algumas vezes, o atendimento no CAPS, por conta de não comparecimento ao serviço em dia marcado, retornos à casa da usuária nos momentos em que esteve no regime de hospitalidade diurna entremeados a fugas e dificuldades para dar seguimento ao tratamento inclusive de outras questões clínicas da usuária).

3) Questões pertinentes à situação e história da usuária que mobilizaram a equipe (situação de abuso, *bullying* e discriminação na escola e outras instituições; figura materna com dificuldade de sustentação e suporte da adolescente em casa; uma doença sexualmente transmissível em situação crítica e o fato de o seu caso estar muito presente nas discussões do dia a dia da instituição).

4) A dificuldade de trabalho com outros pontos da rede.

Na visão da pesquisadora os argumentos descritos apontaram novamente para a questão do “investimento” como pano de fundo na polêmica sobre a escolha a ser feita.

Nesse caso-emblema em específico, é visível um desejo de novo investimento, ou ainda a possibilidade de retomada de um investimento

ainda não considerado suficiente pela equipe, a favor da complexidade atribuída ao caso.

Sobre a questão da complexidade, esta, inclusive, é descrita, em vários momentos, como uma complexidade “que é tão grande que eles não dão conta de resolver com os recursos postos”, sejam esses recursos os do equipamento, da equipe ou outros.

Fica claro que a questão da complexidade dos casos para os trabalhadores é uma via de atravessamento vista como muito difícil ou intransponível, principalmente nos momentos em que se começa a nomear quais as complexidades do caso (como no elenco de características do caso típico, por exemplo) e, que eles se dão conta dos sentimentos de imobilidade que isso produz.

Merhy (2004) fala sobre as dificuldades institucionais do CAPS pelo fato de este estar no que ele define como “o olho do furacão” na produção de serviços substitutivos aos manicomiais, afirmando que “estar no olho do furacão antimanicomial torna os (CAPS) lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios” (p.3) e que, “ousar dar conta destas missões gigantescas, é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade, adotando como um dos princípios o de ser um dispositivo para isso, o que implica em produzir novos coletivos para fora de si mesmo” (idem), ou seja, operar possibilidades inventivas diante da complexidade posta.

Ainda sobre o descrito pelo grupo, pode-se reforçar que a polêmica entre os dois casos típicos teve como eixo a questão do (re)investimento, talvez, porque nesses casos tenham ficado núcleos a ser resolvidos, mas também por conta da falta de potência da equipe diante do que eles definem como a complexidade dos casos e das situações diversas que os usuários trazem em suas histórias.

No caso da menina R. como questões evidentes e relacionadas ao elenco de características típicas da instituição tínhamos a violência sexual, o *bullying*, a discriminação racial e a doença sexualmente transmissível, além

de uma dificuldade de acesso a essa família a partir da mãe, descrita como rebaixada (mentalmente).

No caso do menino E. como questões evidentes e relacionadas ao elenco de características típicas da instituição, tínhamos uma família com histórico de uso de drogas, um pai alcoolista e uma mãe homossexual - fatos que pareciam estar atrelados à dificuldade do adolescente de vinculação com a família de origem – a história de crimes cometidos e o envolvimento com o tráfico; além das passagens por outras instituições no período do tratamento por conta de problemas com a Justiça.

Vale a pena refletir sobre o fato dos trabalhadores terem escolhido duas situações em disputa, que por seu nível de complexidade, não poderiam configurar-se como típicas em todos ou na maior parte dos casos da instituição.

Na visão da pesquisadora os profissionais escolheram casos que reuniam a maior parte das características mais difíceis e complexas dos casos atendidos nos CAPS, o que pode ser compreendido como além de um desejo de revisitação ou reinvestimento sobre o caso, a necessidade de um olhar sobre o trabalho dos profissionais, vivenciado talvez como uma situação de sofrimento, ou ainda do encontro com o que estava difícil no trabalho de cuidar do outro.

A escolha do caso, que seria um emblema típico do CAPS, foi direcionada novamente à pesquisadora para que ela resolvesse qual dos dois, menina ou menino, seria o caso revisitado.

O desfecho e a escolha da menina foi finalmente realizada mediante a devolutiva da pesquisadora de que seria importante os profissionais escolherem dentre os dois casos igualmente típicos, tal como descritos por eles, o que seria do desejo deles de visitar.

Este desfecho reafirma o argumento já descrito de que a possibilidade/ desejo de revisita ao caso esteve associada a todo o momento à escolha da usuária que passaria ainda um tempo maior na instituição para ser cuidada pela equipe do CAPS.

7.1.2 Sobre a Mobilização da Equipe em torno dos Casos-Emblema Escolhidos

Foi perguntado ao grupo qual dos três casos os havia mobilizado mais e por que. Sobre isso, eles se declararam mais mobilizados com o caso da adolescente R. - emblema difícil e típico - e menos mobilizados com o caso da adolescente L. - emblema difícil, mas com desfecho satisfatório – tendo deixado de mencionar o caso do adolescente W., emblema difícil, mas com desfecho não satisfatório.

Vale ressaltar que o caso da adolescente R. foi descrito como bastante difícil e ainda estava sendo atendido de forma intensiva. Ao contrário disso, a equipe retifica que o caso de L. a mobilizou bastante no período em que a adolescente esteve em tratamento intensivo lá.

Sobre o que mais mobilizava a equipe no caso da adolescente R. os profissionais relataram os seguintes aspectos:

1) As condições precárias de saúde dela visto que a mesma possuía uma doença sexualmente transmissível não controlada e que parecia na ocasião estar tornando-se mais crítica, com possibilidades de comprometimento mental da paciente. Tinha-se, por exemplo, a necessidade de um cuidado contínuo com a adolescente, que estava excedendo as parcerias realizadas com a atenção básica para fazê-lo, tendo sido requisitado ao CAPS que encaminhasse a paciente a outros níveis de complexidade de cuidados para dar conta do tratamento da doença sexualmente transmissível.

2) A dificuldade de acesso à família (mãe) e retaguarda da mesma no cuidado contínuo que a adolescente precisava receber para cumprir o tratamento de sua doença sexualmente transmissível. Dentre outras questões, o cuidado contínuo estava relacionado à contenção da

adolescente para que ela cumprisse as etapas do tratamento, uma vez que ela se evadia de casa.

3) A dificuldade de lidar/ entender o comportamento flutuante da adolescente, que cumpria um padrão bastante irregular na vinculação com o serviço e trazia questões contraditórias relacionadas aos seus comportamentos: ora estava “dançando funk em cima da mesa de shortinho” e referindo palavras a exemplo de “eu quero dar”, ora estava “cantando músicas da igreja e louvando o Senhor”.

Isso parecia gerar um sentimento de perplexidade na equipe, principalmente diante da ambiguidade da adolescente, que referia sentir-se culpada com o seu comportamento (prostituição), julgando estar em estado de posse da Pomba-gira e, além disso, referia odiar fazer sexo, apesar da prostituição.

A equipe referia um estado de desnorteamento quando a adolescente parecia não entender ou compreender o que lhe era dito, fato relacionado a uma possibilidade cogitada de rebaixamento intelectual e, em outros momentos, quando ela tecia comentários articulados sobre algo que lhe chamava a atenção. Além disso, a equipe se compadecia de outros aspectos relacionados ao caso, como quando verbalizam que a adolescente “tinha um potencial, era caprichosa, sabia escrever super bem, tinha boa leitura, mas não estava inserida na escola”.

4) A dificuldade de trabalho em conjunto com a rede, visto que o caso estava requerendo a participação de vários níveis de atenção no cuidado à saúde da paciente.

5) As questões de vida que a adolescente trazia, como a da violência, *bullying* e discriminação na escola e outras instituições, inclusive no CAPS, além de uma suposição de violência familiar e das dificuldades de acesso à pessoa mais próxima (a mãe) que eventualmente acompanhava a adolescente nos atendimentos.

A seguir os profissionais verbalizaram que o caso da adolescente R. mobilizou mais a equipe, porém o caso da adolescente L. também demandou muito da equipe de maneira que se começasse a discutir este

caso novamente, veríamos que ele também foi “punk”. Segundo eles todos os casos do CAPS teriam coisas a ser comentadas, “caso punk1, punk 2, punk 3, punk 4, punk 5...”.

Curiosamente o caso do adolescente W. não foi citado na ocasião, o que contribuiu para que a escolha dos dois primeiros casos-emblema a ser discutidos fosse, nessa ordem, o emblema três (adolescente R) e o emblema um (adolescente L).

Ao final da reunião foi dito, ainda, que o caso-emblema difícil e com desfecho não satisfatório, adolescente W. poderia ser revisitado, caso fosse possível combinar grupos focais paralelos. Como essa opção não foi viável, o referido caso não foi abarcado pelo estudo.

Discutiu-se com os observadores, posteriormente, o fato de o grupo ter escolhido o emblema de “desfecho difícil e não satisfatório” tão facilmente e não ter mais falado sobre ele. Discutiu-se também o nível de complexidade atribuído aos casos discutidos como emblema típico.

Cogitou-se o fato de a escolha da equipe para o emblema típico ter sido feito, além das questões já descritas acima, como uma congregação das características mais complexas que existem dentre os casos em tratamento que a equipe queria evidenciar.

O primeiro grupo focal foi, então, agendado para a semana posterior e iniciou-se com o caso da adolescente R., emblema da tipicidade no CAPS.

O processo de discussão seguiu os questionamentos descritos no Roteiro para discussões temáticas nos grupos focais (Anexo 01), tal como explicitado anteriormente, em dois momentos de grupo para cada caso emblemático.

Nos momentos de grupo, as pistas para a composição da cartografia foram organizadas a partir de quatro grandes grupos de questões apontadas ou refletidas pela pesquisadora:

- 1) Reconhecimento que se fez do usuário e/ou sua história de vida;
- 2) Ideias relacionadas ao processo de cuidado desenvolvidas a partir do caso ou em situações generalizadas a partir deste;

3) Processos de trabalho e suas finalidades relacionadas às modalidades de cuidado com o caso ou generalizadas a partir deste.

4) Processos reflexivos e efeitos de subjetivação nos trabalhadores a partir do que foi discutido.

7.1.3 Caso Emblemático Difícil e Típico no CAPS ADi, Adolescente R.

Esse caso emblemático foi estudado a partir de dois grupos focais.

O primeiro grupo focal se realizou em 25 de setembro de 2012, contando com seis profissionais, um oficinairo de nível médio, uma oficinaira de nível superior, um terapeuta ocupacional, uma psiquiatra, duas assistentes sociais e dois observadores externos ao CAPS.

O segundo grupo, realizado no dia 09 de outubro de 2012, foi composto também por seis profissionais, um oficinairo de nível médio, uma oficinaira de nível superior, um terapeuta ocupacional, uma psiquiatra, uma assistente social, uma psicóloga e dois observadores também externos ao CAPS.

Os dois grupos foram utilizados para rediscutir o caso da adolescente R. que foi escolhido como emblema difícil e típico na avaliação da equipe. Nesse caso os dois grupos tiveram configurações bastante parecidas quanto ao quantitativo, às pessoas e às categorias profissionais que participaram dos mesmos.

7.1.3.1 Quanto ao Reconhecimento do Usuário e sua História de Vida

No reconhecimento do usuário, suas demandas e história de vida, quando questionados sobre como se deu a entrada da usuária típica no serviço, os profissionais relataram que ela chegou trazida pela mãe. Fazia uso de maconha no colégio e outras drogas (cocaína e lança perfume) e apresentava queixa de exposição sexual junto ao Conselho Tutelar. Outra queixa citada estava relacionada à violência sofrida (sexual) na escola.

A paciente foi encaminhada ao CAPS pelo projeto Andança após ter sido encontrada na rua, aos 13 anos de idade, fazendo uso de drogas.

O referido projeto faz parte de uma autarquia da Prefeitura na área da infância em São Bernardo do Campo, que trabalha em conjunto ao Conselho Tutelar. Ele consiste em uma proposta de acolhimento provisório para crianças e adolescentes em situação de rua. Quando uma criança ou adolescente é encontrado na rua, geralmente fazendo uso de drogas, é levada para o referido abrigo provisório e, a seguir, a família é procurada e notificada da situação.

A adolescente trazia queixas de prejuízo cognitivo, abuso sexual, situação de preconceito na escola e um “discurso rebaixado”, na avaliação dos profissionais do CAPS. Ainda segundo os profissionais, a escola deu pouco crédito à questão da denúncia do abuso, desconsiderando ou desvalorizando a queixa relatada pela usuária.

A equipe tem poucas informações sobre a família da adolescente. Grande parte das informações familiares recai sobre a mãe que, segundo eles, trabalhava na cozinha do Hospital Lacan e saiu por conta de não se adequar ao padrão de higienização do local. Além disso, os profissionais destacam que essa mãe, há cerca de um ano, teve que dar maior atenção à usuária, que começou a solicitar seus cuidados e, por conta disso, parou de trabalhar.

Os profissionais suspeitavam que a mãe pudesse sofrer de rebaixamento ou atraso cognitivo e/ou, possivelmente, de depressão. Essas questões são levantadas pela fala e impressão da equipe, quando afirmaram que a mãe não conseguia entender, por muitas vezes, a gravidade da situação de sua filha que possuía uma doença sexualmente transmissível com possibilidade de comprometimento cognitivo por conta do decurso da doença e descuidado com a mesma. Além disso, segundo a equipe, a mãe demonstrava dificuldade de entender a vivência da filha, principalmente quanto às questões relativas ao uso de drogas e prostituição.

Sobre o restante da família, os relatos não trazem maiores informações a respeito, exceto pela existência de um irmão sobre o qual recai uma suspeita de violência sexual direcionada à usuária; uma irmã e uma sobrinha, filha da irmã de R.. Essa irmã, por sua vez, foi a pessoa que tomou a iniciativa de ir à escola saber maiores informações sobre a queixa relativa à violência sexual sofrida na escola por R..

A equipe ainda falou que a mãe de R. mora com a irmã desta, mas separada do irmão, para o qual ela não forneceu o número de telefone da última vez que se mudou.

Sobre a situação de moradia desta família, a equipe relata que eles habitavam em situação muito precária, em um barraco próximo de um oleoduto que pegou fogo. Após isso, passaram a viver abrigadas até cerca de dois anos atrás quando conseguiram mudar-se para um apartamento fornecido pelo Governo para remanejar essas famílias.

O relacionamento da mãe com a usuária é descrito como frágil permissivo e difícil, visto que, segundo relatos da equipe, a mãe tinha uma enorme dificuldade de se colocar perante a adolescente, era bastante distante afetivamente e tinha dificuldade de dar contenção e continência à R. Nessa relação de falta de contenção/ continência a mãe é descrita como a pessoa que não consegue sustentar a continuidade do tratamento da doença sexualmente transmissível da filha, não logrando que a adolescente ficasse em casa ou tomasse sua medicação quando se fazia necessário.

Outros conflitos descritos entre a mãe e a filha estão relacionados ao envolvimento de R. com a prostituição. Nesse particular, a mãe teria afirmado que R. “não podia ser sua filha, não podia ter saído de dentro dela por fazer as coisas que faz”. Sobre isso, R. já teria se declarado bastante “arrasada” com os comentários da mãe, justificando algumas vezes o seu envolvimento com as drogas e prostituição por “estar com a Pomba-gira”.

Quanto ao envolvimento da usuária nas atividades a equipe relata que ela possuía bastante dificuldade para se concentrar, porque estava sempre agitada e andando pelo estabelecimento.

Os profissionais descrevem, ainda, que, em outubro de 2010, sua vinculação às atividades era melhor, visto que ela entrava, fazia mais as oficinas, inclusive as aulas de canto, e em um desses espaços, chegou a trazer uma vivência prazerosa na praia, sozinha com a sua mãe.

A adolescente, nas palavras da equipe, tinha “uma dificuldade enorme de vinculação com as pessoas, e os pacientes do CAPS ADi eram as únicas pessoas com quem ela conseguia se relacionar, que tinham o mesmo ritmo dela de uso de drogas e histórico de baladas”.

Outra forma a partir da qual a equipe a reconhecia era como uma adolescente que possuía uma baixa autoestima pronunciada. Por isso, relataram que ela namorava meninos no CAPS “que falavam muito mal dela depois, que acabavam com ela”. Tal situação foi identificada como uma necessidade de R. de que os meninos estivessem ou demonstrassem estar a fim de ficar com ela.

Outros relatos relacionados à vida da paciente referem uma situação crítica relacionada a um possível comprometimento cognitivo que ela pudesse ter ou vir a ter, por conta de sequelas de sua doença sexualmente transmissível descuidada.

Os indícios já presentes desse comprometimento estavam sendo discutidos e visualizados pela equipe, nessa ocasião, nas vivências de confusão e troca de nomes dos profissionais por parte da adolescente no CAPS.

O que se destaca a partir dos relatos dos grupos é que as informações trazidas pela equipe acerca da adolescente parecem frouxas e pouco consistentes, visto que eles têm impressões acerca da mãe e do próprio funcionamento da adolescente que nunca foram confirmadas ou investigadas.

Os profissionais descrevem ainda uma dificuldade de contato com a mãe de R., mas, de forma discrepante a isso, a pessoa que foi descrita como a que tomou uma iniciativa relacionada à averiguação da denúncia de abuso sexual na escola, a irmã de R., não havia sido ainda acessada em uma tentativa de aproximação dessa família.

A importância do trabalho de vinculação com a família é reforçada na literatura e documentos políticos como sendo fundamental no fazer reabilitador e no fazer do CAPS.

Dombi-Barbosa et al. (2009) destacam a relevância que o trabalho de vinculação com as famílias possui na realidade de um Capsi quando afirmam que a “integração dos familiares nas estratégias de cuidado parece ter uma dimensão muito mais ampla do que a simples facilitação do contato de um adulto com a criança/adolescente, tal como poderia se pensar, em virtude da grande dependência desta população” (p.264).

Em decorrência desse fato, Melman (citado por DOMBI-BARBOSA et al. 2009) afirma “que uma das variáveis para avaliar os novos serviços de saúde é justamente a capacidade de envolver os familiares em suas propostas terapêuticas para além de mera fonte de informações ou das trajetórias realizadas pelo paciente” (p. 264).

Saraceno (2001) fala do co-envolvimento da família de esquizofrênicos nos projetos de reabilitação como forma de libertar as famílias da cumplicidade ou vitimização da Psiquiatria, tornando-as protagonistas e responsáveis pelos processos de tratamento e organização da reabilitação.

O Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental destaca o trabalho com a família dentro das propostas a ser desenvolvidas no

cotidiano dos serviços e no protagonismo dos atores envolvidos no cuidado.

Ele sugere que:

se criem espaços e iniciativas de acesso às famílias, no sentido de estimular o trabalho focado do fortalecimento do vínculo doméstico que permeia a relação entre a pessoa com sofrimento psíquico e os outros membros da família (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 64).

Este documento também sugere que se garanta e promova a inserção das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários e; “que se preserve a autonomia dos sujeitos, desenvolvendo estratégias para incluí-los nos serviços, tais como: oficinas, assembleias, plenárias, ações educativas e preventivas, rodas de conversas e reuniões” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p.65).

Saraceno (2001) também descreve o contato com a família como uma possibilidade de acesso à rede social ampliada e familiar do usuário a ser atendido na rede. Segundo ele, a importância de acessar essa família está no erro “em se manter distintos esses dois âmbitos, a rede social ampliada e a familiar já que frequentemente a margem que as separa é sutil e, sobretudo, o sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada e vice-versa” (p.123).

Para Saraceno (2001), as intervenções que melhoram o *setting* familiar, melhoram também a rede ampliada, duas dimensões da vida da adolescente R. que parecem pouco exploradas e/ou descritas como empobrecidas, tanto no contato com a família nuclear e ampliada, quanto no conhecimento acerca da rede social que a adolescente está inserida.

7.1.3.2 *Sobre as Ideias Relacionadas ao Cuidado*

Sobre as ideias relacionadas ao cuidado prestado à usuária, os profissionais apontaram questões relacionadas principalmente a:

1) A maneira como a mãe trata a adolescente e interage com a equipe;

2) Como deveriam proceder e o que ajudaria mais no caso, visto que em alguns momentos eles entram em contato com as questões de descuido relacionadas à adolescente e sua família dentro da própria dinâmica da instituição CAPS;

3) O fato de a equipe ter que se responsabilizar pelo cuidado e nesse âmbito de coisas que estão acima de suas responsabilidades.

Aqui, o parâmetro que parece estar relacionado a essa atribuição “acima de suas responsabilidades” é o fato dos profissionais relatarem o sentimento de sempre ter que fazer coisas que estão além de suas responsabilidades.

Isso pode remeter a uma ideia de exacerbação, da fala dos profissionais sobre a dificuldade dos mesmos na efetivação de um cuidado “interseçor” (sic), negociado com o outro e que consegue ser inventivo diante das adversidades do cotidiano de trabalho e as demandas trazidas pelo usuário do serviço.

Além do descrito, a atribuição “acima de suas responsabilidades”, parece estar relacionada também a outro momento quando se descreverem como uma “Unidade de Tratamento em Dependência Química”, o que retiraria a família do foco do tratamento, para colocar o adolescente e sua “dependência” ou “uso abusivo de drogas” como centralidade.

4) O fato de o cuidado que se desenvolve dentro do estabelecimento estar focalizado mais sobre a usuária e não também sobre a família dela;

5) O comportamento e manejo da usuária no equipamento;

6) A maneira como deveriam lidar com a família da paciente, encaminhando-a em alguns momentos e, em outros, estabelecendo uma relação de tutela e de auxílio contínuo.

Os profissionais falam principalmente da apatia da mãe “flácida, desligada ou ligada na potência mínima”, que espera que a equipe exerça esse papel de mãe, de fazer e falar coisas para a usuária.

Outra ideia relacionada à família da paciente é de que a mãe possui uma história de vida forte e pesada, e que, por esse motivo e pelo fato de R. não escutar suas orientações, ela está abrindo mão da filha.

A equipe também relata que precisa ajudar esta mãe, apesar de não ser deles esse papel. Sobre isso, creem que a mãe poderia ter seu espaço de tratamento, no CAPS ou fora dele, para saber o que acontece com a mesma, se tem depressão, deficiência cognitiva ou outra coisa a fim de que pudesse cumprir melhor o seu papel de mãe.

Outras ideias relacionadas à família passam pela questão da equipe afirmar que “eles precisam ficar mais próximos dela, para ela engatar mesmo, que isso seria algo que mudaria bastante o andamento do caso”.

Aqui se pode problematizar que a ideia acerca da produção de um cuidado “interseção” (sic) e inclusivo negociado entre a equipe e a usuária/família – um encontro entre agente produtor (trabalhador) e agente consumidor (usuário) que torna esse último parte objeto daquele ato produtivo e agente interventor no mesmo (MERHY e FEUERWERKER, 2009) – se dá em um palco de disputas entre duas molaridades que assolam os processos de trabalho da equipe.

Uma molaridade é permeada pela visão da necessidade de um cuidado mais inclusivo com a família de R., bem como na potência desta família para negociar coisas e se mover.

A outra é pautada no fato de a equipe posicioná-la no lugar de quem não é capaz de negociar coisas, de falar a respeito de sua demanda e de participar de possíveis soluções dialogadas para as problemáticas que traz, ao contrário do que apontam Costa-Rosa et al. (2003), quando afirma que as relações entre usuários e profissionais devem ser de interlocução e não do tipo “loucos” e “sãos” (p.38).

Quando a ideia de cuidado está relacionada ao fato de acompanhar, “pegar na mão” para conduzir esta família, ela é posta em um lugar de falta de potência ou de incapacidade para intervir no processo de cuidado de R.. Desse fato decorre a ideia de tutela da equipe em torno da família/ usuária,

ou a cristalização de espaços “loucos” e “sãos”, “apáticos” e “propositores de soluções”.

A equipe falou sobre a ideia de que a usuária “possuía uma demanda muito grande, que era de uma amplitude muito grande, e os serviços não dariam conta mesmo” e, ainda, que acreditavam que “a mesma dificuldade que o CAPS encontrava para tratar a usuária era a dificuldade que a UBS encontrava para tratar a mãe”.

Novamente a equipe fala da questão da complexidade do serviço e do caso que definiram como típico como algo que os assola, que obstrui seu trabalho, um fluxo que atravessa suas ações e as negativiza, do sentimento que eles possuem de falta de potência diante do fato de não dar conta dessas questões.

Merhy (2004) fala sobre esse incômodo que às vezes pauta o cotidiano de trabalho dos profissionais, juntamente às exigências e possibilidades de se produzir soluções inventivas na operação do trabalho vivo em ato, diante de situações-limite, quando discute que

não é por acaso, que muitos trabalhadores, em supervisão, falam, como um lamento, da sua incapacidade de acolher o outro, o tempo todo, e do seu pavor diante das crises dos usuários. E cobram, exatamente de si, o oposto: o de estar sempre em prontidão e apto, o de estar sempre alegre, o de ofertar escuta a todo o momento, que se fizer necessário, e o de tomar as crises como eventos positivos e como oportunidades (p.8-9).

A ferramenta auto-analítica ou supervisão clínica institucional, pode se reverter em um recurso potente capaz de dar conta ou auxiliar processos que estão cristalizados em posições pré-estabelecidas ou fora do alcance dos trabalhadores, como a descrita acima.

No caso dos profissionais do CAPS ADi acredita-se que ela seria de grande valia para desencadear processos e movimentos em torno do cuidado “interseçor” (sic), na proposição de questionamentos sobre novos lugares para o usuário/família e para os profissionais, no processo de cuidado efetuado no cotidiano da instituição sobre o fazer antimanicomial ou psicossocial.

No que tange às ideias relacionadas ao comportamento da usuária e sobre o significado deste os profissionais relataram crer que, em alguns momentos, a usuária “se faz de louca e manipula a equipe”, visto que, ora ela parece interessada em falar sobre determinado assunto e ora, ela parece totalmente alheia e pueril diante do que lhe é dito.

Outro profissional significa esse movimento como uma ação que “vai da catatimia ao interesse” e que esse fato está atrelado à questão de um processo de prejuízo cognitivo, demência, por circunstância dos comprometimentos da doença sexualmente transmissível que a acometiam.

Outras ideias relacionadas ao cuidado com a usuária são postas quando os profissionais citam na discussão a importância de “ela poder retomar a sua vida, assumir alguns papéis que foram perdidos, os quais deveriam ser resgatados”.

Esse parece ser um movimento da equipe no sentido do desejo de valorizar ou dar potência aos projetos de vida da adolescente que estão extra-CAPS¹⁰ e que são enfatizados pela discussão do reposicionamento do sujeito usuário no uso de seu poder de interlocução, diálogo, implicação subjetiva na assunção de um papel ativo na tomada de decisões e direcionamento do seu tratamento, ou seja, na produção de uma vida cidadã (COSTA-ROSA et al., 2003).

Um fato discutido a partir desse caso-emblema é o da generalização que acontece a partir do que foi explicitado como ideias de cuidado. Nesse aspecto o que foi apreendido e elaborado a partir do caso-emblema pôde ser reconhecido em outros usuários, objetos de cuidado.

Os profissionais expõem o seu julgamento sobre o fato de a usuária sentir-se ou não cuidada pelo CAPS, avaliando que ela “se sente em boa parte cuidada, pois retorna de tempos em tempos ao serviço”.

¹⁰ O termo é uma provocação à ideia de “extra-muro” descrita por Rotelli (1990) quando fala da possibilidade de produção de vida, direito dos pacientes de saúde mental negado aos que moravam nos manicômios. Nesse caso, as atividades extra-CAPS tomam como base um estabelecimento aberto, substitutivo ao manicômio e que se deseja produtor de um cuidado capaz de construir projetos de vida com os pacientes além da atenção oferecida ao seu sofrimento. As atividades extra-CAPS seriam vias de possibilidade de construção desses projetos para além dos equipamentos.

Esta ideia é retomada, aqui, como exemplo de algo que foi generalizado a partir do caso-emblema para outras situações no CAPS visto que ela aparece posteriormente atrelada a uma fala pertinente a outros usuários ou sobre como a comunidade vê o CAPS “a gente tinha não só que falar que tá cuidando, mas ele (o usuário) tinha que se sentir cuidado” ou ainda de que o usuário deveria pensar “eu quero ser cuidado, eu posso ser cuidado e se eu for lá eu vou ser cuidado”.

A equipe também refere ideias contraditórias relacionadas ao modelo de atenção psicossocial quanto aos seus pressupostos de cuidado em instituição aberta e na necessidade de interlocução e atuação em corresponsabilidade com a família da usuária. Eles descrevem que nesse caso-emblema, viram-se diante da necessidade de ter que “guardar” a paciente no CAPS ADi III (em situação de hospitalidade noturna), porque, caso contrário, ela se evadia (principalmente de casa) e o tratamento ficava perdido. O ideal de cuidado no âmbito de uma instituição aberta colide, assim, com a postura de retenção e clausura, mais afeita a instituições de tipo manicomial.

Aqui, a problematização feita pela pesquisadora dá-se pelo entendimento de que essa postura de retenção é algo que colide com os pressupostos do modelo de atenção psicossocial, à medida que faz a opção pela guarda da “usuária” em detrimento da potencialização da família – descrita como apática e permissiva - para dar continência à adolescente.

Em reforço a esse argumento, na vivência da instituição, a família é acessada pelos profissionais enquanto parte que deveria ouvir e compreender a orientação da equipe sobre inúmeras coisas: a gravidade da doença da adolescente, as necessidades de cuidado da mesma e, sobre a contenção que deveria dar em casa para R. Em outro momento, é posto ainda a necessidade de ela (a mãe) permanecer no CAPS em determinado dia, junto à adolescente, para que a última permanecesse lá.

Enfim, esse lugar em que a família é posta, no qual não tinha possibilidades de negociar coisas com a equipe, mas sim de quem tinha que

entender e seguir a orientação dada é visto também como um lugar de clausura.

Vale reforçar que a medida protetiva em que a adolescente é posta é problematizada aqui no sentido do questionamento à opção pela hospitalidade noturna, quando a direção da interação com a família é dada pela postura de orientação, como se as questões estivessem pautadas na condição que a mãe tinha para entender ou não a orientação dada. Essa opção por parte da equipe é vista como adjacente à postura de cristalização da família nesse lugar, de quem não conseguiria dar conta da adolescente em sua casa, por isso o estabelecimento precisaria guardá-la.

Ao contrário do que foi dito, outras ideias pertinentes ao cuidado demandado à usuária, na ocasião do grupo, apontaram para um desejo de aproveitar um momento em que a adolescente estivesse internada para tratamento intensivo em um hospital de infectologia para se aproximar da família.

Na descrição da equipe, aquele momento era de “se agarrar com a família, entrar nesse espaço familiar, nessa relação familiar”.

Nessas circunstâncias, apareceu nos relatos também a ideia de incerteza sobre a evolução do caso: “não sei como vai ser a questão da evolução, se ela vai bancar, se a mãe vai bancar, se nós que vamos ter que bancar com as duas”, explicitando mais uma vez o conflito relacionado à possibilidade de trabalho, de potencializar a relação, de trabalhar com a proximidade ou tutela dessa família.

7.1.3.3 Sobre os Processos de Trabalho no Cuidado ao Caso

Quanto aos processos de trabalho e as finalidades relacionadas às modalidades de cuidado com o caso, os trabalhadores relacionaram uma série de atitudes e práticas de trabalho na efetivação do cuidado à

adolescente. Estas práticas estiveram relacionadas, principalmente, às seguintes questões:

- 1) Dificuldade ou tentativa de acesso à paciente e sua família;
- 2) Ofertas de benefícios e de atividades destinadas à paciente e sua família que vão se constituindo de forma paralela a um real acesso/ possibilidade de negociação quanto às necessidades dessa usuária/ família;
- 3) Construção de um cardápio de atividades mediadas por momentos de incursos aos interesses da paciente;
- 4) Tentativas de articulação com a rede ou processos de encaminhamento a esta;
- 5) Ações direcionadas a família, como forma de orientação e/ou tutela a respeito do que fazer com a usuária.

Faz-se relevante destacar a questão da dificuldade de acesso à família e outras esferas de vida da usuária destacada nas falas dos profissionais sobre os processos de trabalho que envolveram o cuidado.

Os profissionais referiram, dentre os procedimentos tomados com a paciente “muitos encaminhamentos para exames de saúde física e para a questão social, na tentativa de conseguir auxiliar a família quanto à condição social de vulnerabilidade em que viviam mais especificamente a mãe”.

Nesses termos, descrevem ter conseguido incluir a mãe em um programa para receber cesta básica, “mas ela não ia buscar”; organizaram o seu currículo para encaminhá-la a um emprego, bem como a inscreveram em um projeto de geração de renda de artesanato, que também não deu certo.

Aqui, podemos questionar quais concepções estão atreladas ao trabalho que deveriam fazer no que concerne à família da usuária, pois fica a impressão de que a equipe fez ofertas à família baseadas no que eles consideravam importante, mas que estas ofertas não ganharam em nenhum momento, interesse ou legitimidade perante a família, que, por sua vez, não foi buscar a cesta básica, não conseguiu sucesso na atividade de artesanato.

A família permaneceu, ainda, tal como foi dito anteriormente, na posição de quem não fazia interlocução com o CAPS, ao contrário do que é descrito por Ayres (2007), quando o autor fala do cuidado enquanto possibilidade de diálogo entre profissionais e usuários a partir da qual ambos encontram soluções para suas problemáticas; ou ainda, no que é discutido pelos documentos oficiais e teóricos do modelo psicossocial (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010; COSTA-ROSA et al., 2003; SARACENO, 2001) como a interlocução que deve haver entre usuários, profissionais, famílias, em que todos estão em condições de negociar coisas para seus projetos de vida.

Como justificativa dos inúmeros exames de saúde estaria a questão do envolvimento da adolescente com a prostituição e os exames que usualmente são feitos quando os adolescentes entram com esse histórico na instituição.

O exame para uma doença sexualmente transmissível deu positivo e a razão dos encaminhamentos era pelo fato da carga viral de R. nunca conseguir diminuir, mas ao contrário disso, aumentar e, de a própria paciente não conseguir realizar o tratamento adequado. Além dos exames e encaminhamento para hospitalidade noturna (pernoitar no CAPS ADi III), a adolescente ficava na instituição por muitas vezes, na tentativa de se tentar garantir a continuidade do tratamento.

Nas ações direcionadas à família, a equipe relatou que o profissional que foi a primeira referência do caso realizava o atendimento da mãe e esta tinha uma boa vinculação com o serviço. A essa época, os profissionais destacaram que a mãe estava “conseguindo dar mínima continência à adolescente”, que trouxe mais dados sobre o caso ao serviço, mudou-se e se afastou do irmão, que podia estar envolvido com o suposto abuso sexual da adolescente. Esse fato pode ser visto como uma medida protetiva dessa família para consigo e com a adolescente.

Esse relato reforça a prerrogativa da dificuldade de acesso da equipe a essa família, porque a fala de que a família de R. teve em algum momento

uma boa vinculação com o serviço vem em decorrência de uma pergunta da pesquisadora aos profissionais.

Quando eles estão em uma fala pronunciada sobre as dificuldades de vinculação dessa mãe, a questão da permissividade e apatia dela diante do tratamento da filha, a pesquisadora pergunta se sempre foi assim, ou se houve algum momento em que a família teve algum tipo de movimento de aproximação com o serviço e vice-versa. Nessa hora, os profissionais respondem que, em outro momento do CAPS, essa aproximação da mãe com a instituição chegou a ocorrer.

Isso denota, talvez, que houve diferentes formas de lidar com o caso nos momentos distintos em que o equipamento atravessou, o que é sustentado posteriormente na fala dos profissionais quando estes apontam os momentos de grande transformação que o equipamento passou, como quando o CAPS ADi foi desatrelado do CAPS i, ou quando ele virou CAPS ADi 24 horas, ou ainda quando outros profissionais estavam mais à frente do caso.

Outra questão abordada pela equipe quanto à construção do cuidado e os processos de trabalho envolvidos no caso foi o fato de terem destacado que lembravam de o profissional que foi a primeira referência do caso no estabelecimento (esse profissional não está mais trabalhando no CAPS) ter tentado fazer contatos com a rede básica a fim de que o caso fosse matriciado por lá e que se tentasse fazer um trabalho de tratamento (possivelmente da doença sexualmente transmissível) na casa da usuária.

Apesar disso, quando relacionam a questão da tentativa de acesso à família mais atual, a partir da proposição de benefícios sociais, eles verbalizaram a sua frustração quanto ao fato já relatado anteriormente de ter conseguido uma vaga para esta mãe em um programa de geração de renda com artesanato e ela não ter ido. Segundo a equipe, o objetivo desse encaminhamento tinha como pano de fundo “não deixar a mãe ficar o tempo todo em casa”, “pôr a vontade em movimento”.

Quando pergunto sobre o acesso às demandas da paciente e a proposição de trabalho em relação a isso, os profissionais citam algumas

atividades desenvolvidas por meio das quais conseguiram acessar questões da paciente. Este momento foi descrito na realização de uma atividade de relaxamento, na qual R. referiu estar sozinha com a mãe na praia, do quanto aquele momento foi prazeroso, e os profissionais tentaram discutir melhor como se constituía a relação dela com a mãe, visto que a ideia subjacente as duas era de que elas eram bem distantes do ponto de vista afetivo.

Em outra fala dos profissionais, eles relataram tentar conversar sobre questões relacionadas à sexualidade da usuária, mas que ela mantinha-se sempre com muitos pudores, às vezes com uma postura pueril, declarando não querer falar sobre o assunto.

Em outro momento, quando uma profissional comentou o quanto ela mobilizava sentimentos de perplexidade, incômodo e incompreensão na equipe, relatou que R. discorreu em algum grupo do qual participou que “odiava fazer sexo”, ou “odiava um homem em cima dela” e “não tinha prazer com o sexo”, ou melhor, odiava as suas vivências diante de um ritual desprazeroso, que servia como veículo para que ela conseguisse adquirir droga.

Aqui, pode-se problematizar que, talvez, a questão da perplexidade esteja não somente relacionada à contradição disposta no discurso e atitudes da adolescente R, mas, também, a possíveis preceitos ou, pelo menos incômodos morais que giravam em torno dessas falas de R., a respeito do que falava que fazia e do que fazia (prostituição/ dançar em cima da mesa de shortinho e “rebolativa”), como e por que fazia (para fumar pedra).

Outra questão que apareceu na fala dos profissionais foi a dificuldade de acesso à paciente, para avaliar o quanto ela estava apreendendo do trabalho que estava sendo feito. Eles declararam ter a impressão de que, em alguns momentos, “ela apreendia tudo” e em outros, “que não apreendia nada”, que o acesso e significado que a adolescente fazia das atividades propostas eram sempre um ponto de interrogação para a equipe.

Quando questionados sobre o projeto terapêutico pensado em torno das demandas trazidas pela paciente, a equipe descreve uma série de

atividades ofertadas na ocasião da sua vinculação ao serviço e como isso foi construído no encontro com a paciente.

Segundo a equipe, foram oferecidas oficinas de memória, pintura e artesanato e outras que favorecessem a questão de uma expressividade maior de sua parte, bem como a questão do acesso a formas de compreensão acerca de suas escolhas, geralmente descritas como acríticas e talvez permeadas por alguma dificuldade de compreender as opções que fazia na vida.

A ideia de que R. possuía falta de crítica quanto às escolhas que fazia, foi retomada quando os profissionais relataram que as atividades propostas/ desenvolvidas com ela estavam relacionadas à questão da “orientação” dela quanto à sua condição e seu quadro de saúde.

Sobre isso, descrevem uma situação em que isso pode ser visualizado, quando a adolescente iria comemorar o seu aniversário fictício e perguntou para os profissionais se ela teria algum tipo de restrição sobre comer coisas por conta de estar com determinada doença.

O profissional descreve que foi novamente conversado com a adolescente sobre o que era essa doença e quais as questões que a enfermidade trazia à vida dela.

Aqui, fica sugestiva a dificuldade de acesso ao entendimento que R. possuía sobre sua doença sexualmente transmissível (demanda), uma vez que quando R. pergunta acerca da mesma, antes de comer o bolo, o profissional avalia que a demanda aí estava relacionada com a falta de informações acerca da doença.

Nesse caso, a abordagem da equipe privilegiou, novamente, a postura de “orientação”, “dar informações a respeito de sua doença”, em detrimento de acolher o sofrimento e, talvez, o medo da adolescente do que estivesse por vir, atravessado naquela pergunta.

Ademais, a própria postura de orientação é controvertida, quando, na hora de assoprar a vela, os profissionais retiram rapidamente o bolo, para que a adolescente não assoprasse em cima dele (risco de contaminação).

Um momento que, pelo que foi dito, poderia ser utilizado para dar orientações sobre a doença e a conduta de R. diante da situação.

Ao contrário disso, a retirada do bolo foi feita de forma que os profissionais acreditassem que R. não percebeu o motivo da retirada. E eles, os profissionais, também não falaram nada a esse respeito com ela.

Sobre as atividades propostas à adolescente R. os profissionais ainda relataram que essas tentativas se davam “descobrimo coisas que ela pudesse gostar, caçando e observado essas coisas”. Apesar disso, descrevem que ela não conseguia vincular-se nem às coisas que ela gostava de fazer.

Outra questão trazida da situação de trabalho com a usuária é descrita a partir de sua fala a respeito da família. A esse propósito, ela diz, diante do bolo que está pronto para ser comido, que talvez não quisesse comer, porque a sua mãe não tinha o que comer em casa.

O profissional, então, questiona o que ela acha que eles poderiam fazer juntos a esse respeito, para ela pensar no que o CAPS poderia ajudá-la nesse sentido.

Aqui, se pode destacar uma abordagem que a pesquisadora denomina de interlocutória, em que a adolescente é convocada para falar de que forma ela considera que o CAPS poderia auxiliá-la, de como poderiam encontrar uma solução juntos (ela e o CAPS). Nesse momento, é dada potência a fala ou pensamento da adolescente como possibilidade de implicá-la à resolução da questão.

Em outra situação, a adolescente queixa-se com a equipe quanto ao fato de a mãe não estar indo visitá-la no CAPS, de um sentimento de abandono perante a mãe.

Os profissionais relatam que conversaram com a adolescente sobre a questão de que a mãe não poderia abandoná-la, das responsabilidades que ela tinha perante a adolescente e do que era possível valorizar sobre o que o outro fazia pela gente.

Acredita-se que essa intervenção trouxe possibilidades de conversa pautadas em uma postura de orientação e suporte, voltadas mais para a

escuta da adolescente do que para uma postura de se colocar como intermediador dos conflitos existentes entre a adolescente e sua família, ou ainda de situar a família como parte integrante das questões apontadas pela adolescente.

O principal mote de trabalho com a adolescente R., à época realização do grupo, foi descrito como o que podia ser feito diante de uma situação emergencial, por conta do agravamento da doença sexualmente transmissível e de seus possíveis comprometimentos associados, a exemplo de um quadro de alheamento, confusão e troca dos nomes das pessoas do CAPS.

Naquele momento, os profissionais relataram que a discussão era mantê-la no CAPS para garantir o tratamento da sífilis (“manter” significava colocá-la em regime de hospitalidade noturna), enquanto tentavam encaminhá-la para uma ala fechada do Hospital Emilio Ribas.

Nessa situação, foi proposto também que a mãe acompanhasse a adolescente na hospitalidade noturna, mas ela mostrava sempre uma dupla atitude em relação a isso, pois, em um momento, dizia que ia ficar e, após conversar com a filha, dizia que ia embora porque a filha queria ir embora do CAPS. Diante desse quadro, a intervenção da equipe esteve focada na tentativa de convencer ou orientar a mãe para permanecer no estabelecimento junto à filha, para que R. não se evadisse.

O atual técnico de referência do caso não participou dos grupos focais sobre a usuária. Esse fato vale ser destacado por conta de três posicionamentos temporais tomados pelo grupo de profissionais na discussão do caso.

O primeiro diz respeito à fala do grupo sobre situações, processos e propostas de trabalho que haviam ocorrido em um tempo remoto, na ocasião em que a usuária tinha outra referência, no apontamento de processos que haviam ocorrido e o que eles pensavam sobre os mesmos.

O segundo, diz respeito à situação presente, no que eles haviam pactuado enquanto prioridade para aquele momento em vista da situação

emergencial de possíveis comprometimentos cognitivos em decorrência da sífilis.

O terceiro, diz respeito às falas em que a equipe vai verbalizando questões não acessadas pelos processos descritos anteriormente e diante disso, relata possibilidades e processos pensados para o futuro do caso.

As sugestões pertinentes ao futuro do caso apontam para:

- a necessidade de trabalho e acesso diferentemente do que já estava sendo feito com a família e usuária;
- a utilização da visita domiciliar como instrumento potente de acesso à casa e à família de R.;
- um desejo de tutela sobre essa mãe, ainda permeado pelo discurso de que ela não dará conta sozinha (assim como R.);
- a necessidade da adolescente sair do CAPS, voltar para a escola e nesse ponto, o pensar sobre o encaminhamento para a RT;
- a possibilidade de resgate da usuária por meio da cultura, da umbanda (reconhecida nos movimentos que R. gosta de fazer) enquanto chave para a cultura e/ou em um trabalho com grupos afro que possam aproximá-la de questões identitárias.

A discussão sobre os processos de trabalho, a partir dos grupos focais, gerou processos reflexivos e de implicação subjetiva dos profissionais diante do que foi verbalizado nos dois momentos de grupo que serão discutidos a seguir.

7.1.3.4 Processos Reflexivos e de Subjetivação¹¹ nos Trabalhadores

O primeiro efeito de subjetivação, ou seja, das afetações provocadas pela e na equipe sobre as questões trazidas nos dois momentos de grupo, fica evidente na fala dos profissionais sobre a mobilização que algumas posturas paradoxais da adolescente causam na equipe.

Vale pena retomar, aqui, as principais posturas e atitudes paradoxais de R. que mobilizavam sentimentos contraditórios na equipe.

Os profissionais relataram como exemplo dessas atitudes quando “ela sobe em cima da mesa dançando funk lascado e dizendo “eu quero dar” e, em outro momento “ela está louvando a Deus”, cantando as músicas de igreja; ou ainda, quando ela faz uma cara de alheamento em relação ao assunto ou à fala que está sendo direcionada a ela e, depois, quando o assunto a interessa ela faz um comentário pertinente.

Por último, a questão que mais choca a equipe é quando ela descreve em uma oficina que “odeia fazer sexo, que odeia um homem em cima dela”, “mas fazer o quê, faz isso para conseguir pedra”.

A problematização que se pode fazer aqui é da questão moral que possivelmente tangencia os sentimentos da equipe sobre a adolescente, visto que o paradoxo posto acima não é simplesmente sobre duas posições contraditórias, mas, sobretudo, de posições contraditórias que envolvem questões como a prostituição, posturas e sentimentos (dançar funk em cima da mesa) que são culturalmente associadas a uma condição pejorativa, principalmente se forem provenientes de uma pessoa do sexo feminino.

A outra questão contraditória posta, a de que R. faz cara de alheia e depois fala coisas pertinentes quando o assunto a interessa coaduna-se à

¹¹ Franco et al. (2009) descrevem processos de subjetivação como uma “produção coletiva de novas subjetividades” e subjetividade como algo que é “social, historicamente construída e agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas que um sujeito tem na sua experimentação e interação social” (p.29).

dúvida já descrita da equipe sobre possíveis dificuldades cognitivas de R., dificuldade esta estendida à mãe da adolescente também.

Esta contradição, talvez, respalde um modo de funcionar da equipe em relação a R., tomando a postura de dar explicações, orientações, às vezes, até mais de uma vez, como descrito pela equipe, acerca de coisas que ela pergunta ou sobre a sua condição de saúde e de outros aspectos do tratamento.

Vale destacar que se pode deixar de considerar o quanto essa postura de dar orientações também está relacionada a uma forma própria de considerar o poder que o outro (usuário) tem diante de seus projetos de vida, na negociação destes com a equipe de profissionais.

A atribuição da condição de “rebaixamento cognitivo” pode ser vista como forma de anular ou despotencializar a possibilidade que o usuário tem de ser interlocutor de seu sofrimento e tratamento. Isso atende ao discurso da medicalização na “compreensão de que a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico, disfuncionalizando-o, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual e coletivo” (MERHY, 2007).

O fato de a dúvida relativa a esse comprometimento cognitivo, ser alvo de perplexidade e de incompreensão por parte da equipe, denota que existe aí um jogo de forças que ora faz com que os profissionais adotem um ponto de vista mais “orientador”, “informativo”, subjulgando a possibilidade de interlocução da usuária em nome da impressão de uma desabilidade física, ora propicia questionamentos quanto à possibilidade real que R. tem de negociar coisas e se implicar em questões do seu tratamento, por conta da forma articulada com que ela se comporta.

Outro fato que chama a atenção da equipe é a grande vulnerabilidade social, física e afetiva atribuída à adolescente. Em referência a isso, a equipe se deu conta do quanto precisava da rede para trabalhar com este caso.

Diante das angústias retratadas sobre essas vulnerabilidades a equipe fala, em muitos momentos do grupo, das possibilidades e tentativas de encaminhamento de problemas específicos da paciente para outros

setores ou equipamentos de saúde (o de doenças sexualmente transmissíveis, o setor que conseguira cesta básica para a família, ou o de oficina de geração de renda para a mãe trabalhar, a Unidade Básica de Saúde para fazer matriciamento e atendimento da mãe).

Esses encaminhamentos parecem pautados em movimentos de tomar contato e se distanciar do que aflige a equipe no caso.

À medida que essas situações de vulnerabilidade vão se constituindo, a equipe pede auxílio a outras instâncias, em movimentos ora se configuram como uma divisão de tarefas acerca do que é pertinente ao estabelecimento CAPS e ao resto da rede, ora em tentativas de articulação, a exemplo da solicitação de matriciamento do caso.

O viés desses encaminhamentos está na fragmentação do caso quando a equipe acredita que deve “dividir” ou “encaminhar” situações de vulnerabilidade que estimam não pertencer ao roll de suas atribuições.

Sobre a forma como os CAPSi usualmente procedem, Delfini e Reis (2012) relatam ter encontrado dois tipos de encaminhamento mais comuns entre a rede, um que eles chamaram de “encaminhar como passar a responsabilidade”, quando “os processos de trabalho ocorrem com base num modelo de saúde tradicional, no qual o sujeito é visto como partes desarticuladas; não se valoriza o vínculo usuário-equipe, tampouco a integralidade do cuidado, características fundamentais para a atenção psicossocial e territorial (p.360)”; e outro, que é chamado de “encaminhar como compartilhar”, que na visão dos autores, representa “pedir ajuda para situações específicas, quando os encaminhamentos são precedidos de uma discussão de caso entre profissionais das equipes da ESF e CAPSi” (p.360).

A pesquisadora entende que encaminhamentos, do tipo “passar a responsabilidade” e “encaminhamento implicado”, são ambas as formas de pedir auxílio quando a equipe sente-se pouco potente e talvez paralisada diante da impossibilidade de resolução das questões propostas pelo caso. Apesar disso, elas têm como base pressupostos diferentes quanto à compreensão do cuidado que será dado ao final do processo.

No primeiro caso, há um cuidado especializado e fragmentado focado em cada uma das mais variadas demandas dos pacientes e, no segundo caso, há um cuidado visando à integralidade, sendo construído em parceria de responsabilidades.

Sobre a fala da equipe do CAPS ADi, parece que o encaminhamento feito - mesmo que opere sobre a lógica da fragmentação do paciente, delimitando linhas de alcance do CAPS para atender determinadas especificidades da usuária e a de outros estabelecimentos para atender outras especificidades, como o da doença sexualmente transmissível - carrega o sentido de auxílio à equipe no alcance das questões de complexidade e vulnerabilidade que assolam os casos atendidos e que a equipe não sabe como lidar, experimentando sentimentos de falta de potência quanto ao atuar sobre isso.

Outro fato discutido relacionado a essa ocasião foi o valor atribuído às reuniões de educação permanente como algo que não acrescentava tanto à equipe. Essa discussão foi retomada a propósito do caso de R., principalmente quanto da relevância de se conhecer pessoas que pudessem estar em outros pontos da rede, para as quais a equipe pudesse se reportar pedir informações, fazer encaminhamentos, conhecer e ser reconhecido pela pessoa que está do “outro lado”, o que faz uma grande diferença no processo de trabalho.

Sobre os dois pontos abordados acima - a questão do encaminhamento e a necessidade de se aproximar da rede - vale ressaltar que as dificuldades de atender as questões de vulnerabilidades trazidas pela usuária R. não são compreendidas pela pesquisadora como algo passível de ser solucionado somente a partir da possibilidade de estreitamento com a rede de saúde.

Talvez, antes disso, haja uma questão mais premente na equipe do CAPS ADi, a de necessidade de supervisão clínico-institucional diante das ações desenvolvidas, na reflexão do tipo de trabalho que faz o CAPS e/ou sobre o tipo de olhar e abordagem adotada em torno da complexidade dos casos. Essa posição se justifica pelo fato de que o CAPS é um

estabelecimento que atende um público com sofrimento psíquico intenso e persistente, que corriqueiramente irá encontrar questões de ordem de uma complexidade sempre diversa e crescente.

Nesses termos, os profissionais acabam questionando-se sobre que outros recursos teriam para acessar esta família ou a história de vida dessa usuária e discutem se a visita domiciliar poderia ser um meio de acesso à casa da paciente e outras questões pertinentes a ela. Além disso, discutem sobre a mudança que o próprio procedimento de visita domiciliar teve nas transformações sustentadas pelo desenvolvimento do serviço. Anteriormente, o recurso era mais utilizado para realizar busca ativa, mas, atualmente, já se pensa sobre outras possibilidades de uso.

Outra questão pensada pela equipe foi a de que, em casos mais complexos, é melhor trabalhar em duplas de referência técnica, falando de uma experiência que eles tiveram recentemente, mas também possivelmente de uma necessidade de parceria para discussão do caso, ou do desejo de constituir outros espaços coletivos de reflexão no trabalho.

Nesse ponto, parece evidente que a equipe novamente fala de sua dificuldade para lidar com o caso e a sugestão de trabalho com referências técnicas em dupla parece ser um indicativo do desejo de poder dividir, compartilhar e trocar experiências em pares de trabalho.

Outra questão temporal que foi refletida pelos profissionais como algo que influenciou o encaminhamento dado ao caso foi o momento crítico da mudança do CAPS ADi para 24 horas.

Nessa época, a referência técnica cumpria um papel de centralidade na detenção das informações e ações sobre os casos. Em consequência, havia uma dificuldade na troca de saberes sobre estes, bem como nas decisões negociadas entre a equipe. Esse momento também é descrito como o de uma sobrecarga de trabalho para cada referência e, ao mesmo tempo, um “processo de construção do CAPS” em que os processos de trabalho desenvolvidos neste estabelecimento não estavam tão “socializados” com os demais. Diferente da realidade mais recente, em que

os profissionais declararam conseguir mais facilmente (trocar saberes e práticas) e se coresponsabilizar por cada caso.

Aqui um fato interessante é a capacidade da equipe de refletir em torno desse caso, escolhido como típico, como representante de todas estas questões (temporais) do funcionamento do serviço – significado e mudança nos processos de trabalho, dificuldades de se trabalhar com a rede e de se trabalhar em equipe - além das características atreladas à usuária no momento de escolha deste.

Segundo os profissionais, “o caso da adolescente foi ficando pela dificuldade”, mas que “atualmente, estava no limbo”; ainda assim, “ela tem pontos de ligação com o serviço, porque é pra ele que ela sempre volta de tempos em tempos”.

Para os profissionais, o CAPS “é um lugar onde ela se sente acolhida e respeitada”. O que vale destacar nessa reflexão é que os profissionais reconhecem a complexidade do caso e a importância do vínculo que a usuária possuía com o serviço, bem como, que ela ainda precisava do auxílio da equipe para continuar seu tratamento.

Os profissionais referiram, também, o descuido para com o caso, quando conseguiram avaliar que, atualmente, ele está estagnado numa situação de expectativa quanto ao seu encaminhamento para uma unidade especializada de tratamento em Infectologia.

A descrição “no limbo” é bem caricata da fala dos profissionais tanto quando relatam que não conseguem o acesso à mãe para convencê-la a ficar em hospitalidade noturna junto à usuária no CAPS ADi e quando justificam os motivos pelos quais têm que ficar com a adolescente no CAPS, mesmo que isso represente exceder suas funções.

Outra reflexão que é derivada dessa caricatura “no limbo” explica os possíveis motivos da escolha do caso para representar o emblema típico, uma vez que eles discutiram o fato desta escolha estar pautada na possibilidade de revisitar, rediscutir o caso atualmente, de “dar um sacode” na fala descrita por eles.

Outra grande dificuldade refletida pelos profissionais é o quanto o CAPS ADi funcionava como “mãezona que queria centralizar tudo”. No entendimento da equipe, quanto mais tempo eles permanecessem nessa posição de “eu não sei se o outro vai dar conta, mais tempo continuariam com o receio de constituir rede”.

A ideia de CAPS “mãezona” aparece em várias falas dos profissionais quando apontam que queriam poder contar com a rede e que sempre excediam as suas funções ao tentar dar conta dos processos, na maior parte do tempo sozinhos.

Rovere (1999) defende que a rede não é um todo burocrático, mas fundamentalmente constituído de pessoas, e só elas podem conectar-se e criar vínculos entre si, o que não ocorre com cargos e instituições. Para ele a produção dessas redes acontece a partir de uma hierarquia de vínculos, a qual ele classifica e atribui níveis de complexidade que vão constituindo-se mediante a aproximação e as mudanças de relação entre as pessoas – profissionais – que operam as redes.

No primeiro nível de profundidade dessa rede, a atuação só é possível a partir do reconhecimento de que o outro existe; no segundo, há o interesse de conhecer esse outro e aceitá-lo como interlocutor válido. Esses dois níveis estão diretamente relacionados às fantasias descritas pela equipe quanto ao fato do CAPS ser “mãezona” por não acreditar que o outro é capaz de fazer o que deve ser feito. Mas também, em alguns movimentos da equipe de achar válido conhecer as pessoas que trabalhavam na rede de saúde mental como forma de desenvolver trabalhos em parcerias destas pessoas e outros pontos da rede.

Outra questão colocada pela equipe foi a retomada da discussão que tiveram sobre encaminhar ou não esta adolescente para a RT ou outro espaço, a fim de que ela pudesse sair do CAPS e retornar à escola.

Esta discussão é denunciadora da necessidade de retomada da ideia de que a usuária possui uma vida (projeto) que certamente não está pautada unicamente na diminuição ou abstinência do consumo abusivo de drogas. Seja qual for o projeto de vida da usuária, do qual a equipe parece não ter

tomado contato de forma efetiva, ele está fora do CAPS ADi e não condicionado ao que se passa dentro do estabelecimento.

7.1.4 Caso Emblemático Difícil, mas que teve Desfecho Satisfatório no CAPS ADi III, Adolescente L.

Este caso emblemático foi estudado a partir de dois grupos focais.

O primeiro realizou-se em 02 de outubro de 2012 e contou com dez profissionais, a saber, umicineiro de nível médio, uma psicóloga, uma oficiniera de nível superior, um terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma psiquiatra, quatro técnicos de enfermagem e dois observadores.

O segundo grupo, realizado no dia 16 de outubro de 2012, foi composto por oito profissionais, uma oficiniera de nível superior, dois oficineiros de nível médio, um terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais, uma psiquiatra, uma técnica de enfermagem e dois observadores.

Os dois grupos foram utilizados para rediscutir o caso da adolescente L. que foi escolhido como “emblema difícil, mas que teve um desfecho satisfatório na avaliação da equipe”.

Os dois grupos tiveram configurações diferentes, tendo o primeiro um maior número de profissionais e sendo composto por categorias profissionais, notadamente, da equipe da Enfermagem, que não frequentava as reuniões focais de maneira assídua, enquanto que o segundo, contou com uma quantidade e categorias profissionais mais assemelhados aos outros grupos.

7.1.4.1 Quanto ao Reconhecimento do Usuário e sua História de Vida

A usuária L. deu entrada no serviço (CAPS ADi), em março de 2011, por meio do Conselho Tutelar, motivada por queixa referente a uso de maconha, cocaína e lança-perfume aos 14 anos. Na ocasião, ela estava no projeto Andança, uma instituição de acolhimento provisório, que trabalha em parceria com o Conselho Tutelar em situações em que crianças e adolescentes são recolhidos da rua.

A usuária fora adotada, mas possuía pai biológico vivo e mãe falecida. Ela chegou a morar com o pai e a madrasta. Ambos faziam uso de droga, tendo a madrasta falecido após episódio de uso de drogas em circunstâncias não esclarecidas. A adolescente passava por situações de maus tratos e negligência quando seu pai fazia uso de drogas. Por esse fato, deixou de morar com o pai sendo adotada por uma mulher.

A adolescente começou a fazer uso de drogas e fugiu com um rapaz que também o fazia. Esse fato e outros relacionados ao consumo de drogas, tal como envolvimento com o tráfico de entorpecentes, foi descrito pela mãe adotiva como o que precipitou seu desejo de desistir de permanecer com a filha e de devolvê-la ao juiz.

A adolescente chegou a ficar no abrigo Arco-Íris, uma situação de abrigamento fixo quando o Conselho Tutelar não consegue fazer contato com a família da adolescente e/ou esses laços estão rompidos.

A usuária é imediatamente reconhecida pelos profissionais como uma figura super dependente, carente afetivamente e manipuladora. Eles referem que na ocasião, acreditavam que ela estava “na aba¹²” de outro adolescente que ela conheceu nas situações de consumo de drogas e passagem pelas instituições em que esteve.

¹² Aba – expressão que designa o movimento que um adolescente faz seguindo outro que também adentrou o serviço.

Os profissionais relataram haver uma relação difícil da usuária com a mãe adotiva, em que era comum a comparação com a irmã, tomada como modelo positivo, enquanto a adolescente L. era “a que deu errado”. Nesse contexto a menina queixava-se constantemente de ser uma frustração para a mãe adotiva.

Os profissionais referem ainda que a menina chegou fisicamente abatida no serviço: magrinha, carente e desamparada. Lembraram-se desse detalhe por conta de que, na ocasião do grupo, havia chegado uma adolescente para atendimento com características bem próximas à adolescente L..

Essa mãe foi descrita como uma figura forte, um “trator” no trato com a adolescente, mas sendo alguém que “acolhia todo mundo em sua casa, cuidava de crianças menores e possuía gatos”. Esse fato parecia causar certo desconforto quanto ao fato de essa mãe acolher outras crianças e não as demandas da adolescente.

A adolescente é descrita, ainda, como muito expressiva, que “gostava de se ver produzida, de se mostrar, de se ver bela”. Ao mesmo tempo, como alguém de uma “estrutura muito frágil”, que, por qualquer coisa, se desorganizava, como nos namoros que ela teve fora e dentro do CAPS.

Nesse ínterim, a equipe ainda cita o fato de ela ter se espelhado em algumas profissionais do CAPS, principalmente mulheres de quem costumava replicar o cabelo e outros trejeitos.

A equipe descreveu que, na ocasião em que esteve no CAPS, L. “se detonava para chamar a atenção da mãe” quando esta a rejeitava, não querendo falar com a mesma ou dizendo que não acreditava mais nela e, que ela “tinha muitos picos, se detonava e ficava ruim e depois ficava bem”.

Sobre o uso que a adolescente fazia de drogas, os profissionais destacaram que nunca supuseram que ela “fosse uma dependente de drogas, que ela precisasse de drogas de qualquer maneira, ela era muito carente afetivamente”.

Reforça-se essa ideia discorrendo que “o tráfico era mais para ela se destacar, ela tinha muitos amigos, era muito maria-vai-com-as-outras”.

Segundo eles, “ela passou ali (no tráfico) só pra dizer no abrigo pros colegas que ela lidava com o tráfico, com o movimento, do que ser de fato do movimento”.

Os profissionais afirmaram que ela confiava nos amigos e tinha muitos deles na vida do crime e esse é um argumento que reitera a suposição dos profissionais quando eles afirmam que o que balizou sempre o caso dela foi a carência afetiva. Em decorrência disso, o lema dela acabava sendo “se precisar fazer algo eu faço” para se manter na estima das pessoas.

Outra questão declarada pelos profissionais, atualmente, quando a adolescente passa por atendimentos espaçados com o psiquiatra no CAPS e seu técnico de referência, é a dúvida acerca do fato da adolescente ter sido realmente aceita em casa ou de essa aceitação ser algo “para inglês ver”.

Parece que a equipe conseguiu recuperar, no caso de L., mais informações relacionadas à vida da adolescente, sua família e o contato com esta, principalmente sobre o contato com a figura da mãe adotiva, como será visto a seguir. Isso ocorreu diferentemente do caso anterior em que a mãe é descrita como apática e pouco acessível.

Apesar do exposto, o reconhecimento das demandas, dos interesses e projetos de vida da adolescente reflete uma forma de contato tímido e, em alguns momentos, superficial que a equipe entretinha com ela.

A exceção a isso está no acesso das questões pontuais descritas pela própria L., como a dificuldade de relacionamento com a mãe querendo ela que “sua mãe voltasse a confiar nela” e outras características que L. foi demonstrando ao longo do seu tratamento no CAPS ADi, como ser meiga, dependente, carente, manipuladora e possuir autoestima diminuída.

7.1.4.2 Sobre as Ideias Relacionadas ao Cuidado

As principais ideias relacionadas ao cuidado, neste caso, estão voltadas para a forma como a equipe reconhece a adolescente, na sua fragilidade, carência afetiva, dificuldade de relacionamento com a mãe adotiva e autoestima diminuída.

Sobre essas ideias, os profissionais consideravam que “a mãe não sabia lidar com a adolescente”, em vista da tipicidade do caso, que decorria em inúmeras recaídas, e completaram dizendo que ela trazia, além da drogadição, outras questões, como a “da adoção, da afiliação naquele momento da adolescência e estava muito mobilizada por essas questões”. Dessa forma, o cuidado tinha que ser pautado no suporte à adolescente, bem como na tentativa de vinculação dela a esta mãe.

Nesse momento, a equipe falou também sobre a dificuldade desta família de compreender como ocorria o processo de cuidado em torno de um usuário que fazia uso abusivo de drogas - o qual possuía recaídas frequentes - como uma dificuldade detectada em outras famílias também.

Apesar da dificuldade descrita com a família de L. e outras quanto à questão das recaídas, a equipe possuía experiência no assunto, inclusive tendo um grupo de pais que discutia questões de orientação comuns relacionadas ao uso de drogas. Talvez por conta disso, os profissionais pareceram focar as ações de intervenção descritas em um processo de apoio da adolescente e convencimento/ conscientização da mãe de que ela deveria aceitar e auxiliar L..

Nesses termos, os profissionais discutiram como foi construído o Projeto Terapêutico Individual (PTI), baseado nas ideias que o sustentaram. Sobre isso, a equipe relatou que se devia ir conhecendo a adolescente e ver as necessidades dela, tirando e acrescentando, a todo instante, coisas do seu PTI.

Sobre as ideias presentes na construção do PTI, citaram, ainda, que tiveram uma capacitação, na qual lhes foi dito que era indicada a revisão do

PTI no prazo de pelo menos três meses, e retrucaram que isso era inviável de ser feito na prática, uma vez que, para eles, isso era feito quase todos os dias, como no caso da adolescente L. que oscilava bastante, estando em algumas ocasiões, super bem e, em outras, bem mal, “tomando sorvete e ouvindo Celine Dion”.

Aqui, se pode questionar qual a concepção que a equipe possuía a respeito do PTI, uma vez que, na descrição feita ele parecia estar relacionado a uma composição de respostas dadas para inúmeras situações cotidianas emergentes que atravessavam o trabalho da equipe, a exemplo da variação dos estados de ânimo da adolescente ou os fatos acontecidos na interação de L. com sua mãe, por exemplo.

Um dos documentos oficiais que fala a respeito do Projeto Terapêutico Individual ou Singular, como também é conhecido, o define como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo” (BRASIL, 2008, p.40).

Sobre esse projeto, o referido documento ainda destaca que ele compreende pelo menos quatro grandes campos:

- 1) Diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário, entendendo que ele se produz diante de forças como as doenças, mas também os desejos, interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a sua rede social;
- 2) Definição de metas: propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas entre o usuário, sua família, o profissional de referência e a equipe de profissionais;
- 3) Divisão de responsabilidades: tarefas que cada um deve desenvolver para a consecução do projeto (profissionais, usuário, família e outras pessoas envolvidas no projeto);
- 4) Reavaliação: discussão sobre a evolução do caso e possíveis reformulações no projeto (BRASIL, 2008, p. 41).

Outros autores definem o PTI ou PTS, como uma “estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social” (BOCCARDO et al., 2011, p.87); um dispositivo que opera no âmbito clínico, mas também político, ora como dispositivo, ora como arranjo e ora como estratégia de reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, sob novas possibilidades de co-produção de sujeitos e seus contextos (OLIVEIRA, 2007); uma discussão prospectiva acerca do caso estudado (PINTO et al. 2011); um dispositivo reformulador do cuidado, a ser tomado pelo profissional de saúde em espaços de discussão compartilhados pela equipe para que esta se torne operadora e gestora de um cuidado usuário-centrado (MERHY, 1998).

O que vale ser destacado na colocação dos autores é justamente a potencialidade deste projeto terapêutico ser operado enquanto via prospectiva, caminho ou dispositivo de pactuação que possui diretrizes de atuação e negociação coletivas construídas em torno de elementos gerais estáveis, pensados a médio e longo prazo para o cuidado com o usuário.

O que os profissionais parecem destacar sobre o que operam do PTI é a sua dimensão situacional, na provisão de respostas terapêuticas concretas aplicadas à dimensão cotidiana, quase diária, do cuidado, atravessada por fatores como a mudança de humor da usuária, ou ainda outras adversidades cotidianas do serviço.

Outra ideia relativa ao cuidado discutida no caso foi quanto ao fato dos profissionais terem que focalizar a questão da autoestima da adolescente, uma vez que L. referia sempre que não conseguiria provar as coisas para a sua mãe, ou ser aceita por ela; afirmava que não conseguiria realizar as atividades que fazia no CAPS, bem como, trazia uma demanda de fragilidade ao se envolver com pessoas em relações de dependência ou para ganhar a afeição de alguém, mesmo que estivesse em situação de vulnerabilidade.

Sobre isso, a equipe relatou a viagem que L. fez com uma amiga atrás de um namorado ou ainda o fato de ter sido encontrada morando com outro rapaz, também usuário de drogas, e, por fim, as situações de vulnerabilidade no envolvimento com o tráfico de drogas.

Quanto à questão da vulnerabilidade, os profissionais descreveram a vida dos usuários como uma vida desprovida de oportunidades afirmando que faltava aos adolescentes (usuários de drogas/ perfil do CAPS ADi III), “a questão do estímulo, que é não sei, restrito” e, concluíram que, por conta disso, “quando se fala de educador” (referindo-se ao papel de oficinairo no CAPS) o papel destes acaba sendo o de “mostrar para eles o que eles (os adolescentes) normalmente não têm”.

Aqui se pode pensar que uma das ideias da equipe era de que havia necessidade de investimento na ampliação do espaço vivencial do adolescente, contudo tal posição encontra-se eivada de traços que remetem a uma visão preconcebida de que a vida deles era desprovida de coisas cuja suplência seria de responsabilidade do CAPS.

Este pressuposto sobre o cuidado é retomado aqui para problematizar que ele pode ter como origem duas propostas de base bastante diferentes. Uma, que considera importante investir na ampliação do espaço vivencial como possibilidade de negociação de aspectos inerentes aos projetos de vida dos usuários. Essa proposta de cuidado é que está mais próxima ao projeto de base denominado de atenção psicossocial.

A outra proposta parte de um projeto assistencialista visando dar conta ou sanar questões de desprovido e carência de qualquer ordem na vida dos usuários. Essa segunda opção, afasta-se da ideia de cuidado no modelo de atenção psicossocial para aproximar-se de um projeto de base assistencialista.

Não obstante, a ideia de ampliação do espaço vivencial, na avaliação da pesquisadora, parece ser uma questão muito pertinente ao caso, e não só a este, mas a outros que ocorreram no CAPS, desde que a equipe conseguisse olhar e problematizar a ressalva assistencialista que pudesse

atravessar os processos de trabalho e ideias que permeassem essa proposta, como as relatadas por alguns membros do grupo acima.

Nesses termos, a necessidade de ampliação do espaço vivencial do usuário, bem como o trabalho com a autoestima, são descritos como exemplos de "objetivos" a serem trabalhados nesse caso e, na maioria dos outros atendidos no CAPS, como forma de "apresentação de um mundo desconhecido aos usuários de drogas".

Esta afirmação pode sugerir que existem situações detectadas pela equipe que estão relacionadas à maioria dos casos e o conhecimento e experiência diante do cotidiano de trabalho os possibilitou saber e operar em torno disso. Mas também, que os profissionais partem do pressuposto de que todos, ou a maior parte dos usuários possuem uma demanda relacionada a essas questões descritas na carência de algo (estima, condições de vida) e, assim, operam sobre estas propostas.

Para a equipe, o cuidado com a adolescente e outros usuários de droga dizia respeito, principalmente, a "mostrar pra eles que podiam ter a loucura de "surtar"¹³ de outras formas, sair com a mãe para o shopping, mostrar sensações, mostrar o que é a vida, para que eles conhecessem a vida de outro mundo". Os profissionais falam também da situação em que os adolescentes deveriam aprender a "brisar"¹⁴ de outra forma, que não consumindo drogas.

No caso da adolescente L., a ideia de ampliação do espaço vivencial é enfatizada à medida que a equipe a descrevia como "expressiva e que adorava aparecer". Por conta disso houve um investimento na construção de outras possibilidades de expressão e de inserção dela no CAPS. Além disso, a equipe referiu que essa ideia de cuidado, como a proposição de outra realidade e outros espaços de expressão da loucura, aplicava-se a outros casos atendidos também.

¹³ O termo é utilizado pela equipe como uma forma de expressão que foge ao que é prescrito, como uma exacerbação da expressão ou de um determinado sentimento, bom ou ruim.

¹⁴ Esse termo é utilizado aqui como uma expressão adolescente que fala de um momento de relaxamento, de apreciar a ocasião ou esvaziar a mente.

A ideia sobre o cuidado adotada pela equipe, descrita de forma genérica e comum a este e outros casos, possui também uma dimensão singular, a de que para cada adolescente atendido, a proposição e operação de “outros espaços de expressão da loucura” se processavam em espaços e tempos particulares a cada sujeito.

Outra fala da equipe que expressa uma demanda seguida de uma ideia de como operar o cuidado foi quando eles afirmaram que os adolescentes traziam a questão do uso da droga, da necessidade de prazer imediato e baixa tolerância em detrimento da possibilidade de construir coisas prazerosas em etapas.

Diante disso, a ideia de cuidado, relacionava-se à possibilidade de elucidar e poder auxiliar o adolescente a vivenciar cada fase do processo de construção de uma atividade ou produto desta.

Outra ideia descrita pelos profissionais como associada a esse caso emblema e ao trabalho realizado no CAPS ADi foi a da constituição do cuidado enquanto possibilidade de “estar junto”, “do afeto” e “da vinculação”.

Nesse sentido a equipe descreveu o técnico de referência como o profissional chave responsável por essa vinculação, na negociação de questões resolutivas e singulares com a adolescente.

Para eles, a referência era o grande negociador, “sabe onde puxar, sabe onde tocar”. Apesar disso, o que foi observado nesse caso é que a maior parte dos profissionais estava a par das demandas e do que foi pensado enquanto processo de cuidado desenvolvido.

O caso-emblema da adolescente L. trouxe menor especulação acerca das ideias relacionadas ao processo de cuidado, localizado por distintas dimensões temporais como as que foram explicitadas para o caso-emblema anterior.

Outro fato curioso foi o das concepções de cuidado levantadas neste caso-emblema terem sido descrita de forma generalizada em relação a outros casos atendidos na instituição.

Uma das problematizações possíveis que se pode fazer disso é que o processo de reconhecimento que se fez do caso, o acesso à história da

adolescente e sua família foi mais amplo do que o caso anterior, permitindo que os profissionais identificassem situações ou ideias sobre o cuidado atreladas ao caso de L., relacionadas a outros casos da instituição.

Por outro lado, pode-se questionar se o caso de L. não era mais típico do que o caso de R., por isso continha situações generalizadas para outros casos atendidos na instituição.

Por último, pode-se ainda pensar em uma dificuldade de se produzir uma fala singular a respeito da adolescente, visto que a equipe acessa e opera o caso a partir de ideias gerais sobre o “cuidado”. Isso se refere também à concepção presente na construção do PTI, iniciado na oferta de um cardápio de atividades e ajustado nas respostas elaboradas no cotidiano do serviço em contato com a adolescente.

7.1.4.3 Sobre os Processos de Trabalho no Cuidado ao Caso

Os processos de trabalho descritos para o caso estiveram relacionados a cinco questões, segundo a fala dos profissionais:

- Proposição/ construção de cardápio de atividades direcionado às demandas da adolescente e rotina da paciente no CAPS;
- Os acontecimentos decorrentes dos encaminhamentos da adolescente para outras instituições que participaram do processo de cuidado;
- O acompanhamento e suporte da adolescente nestas instituições;
- A tentativa de resgatar o vínculo familiar da adolescente com a mãe;
- A tentativa de sustentar a interlocução entre mãe e filha e dessa relação como resolutive na produção de cuidado.

Tal como já descrito sobre as ideias relacionadas ao PTI de L., além do investimento na remissão do uso de drogas, estava a intenção de se trabalhar com a autoestima dela.

Nesse caso, os profissionais relataram que “ela teve um projeto diário de várias atividades”. “Ela tinha muito essa questão da baixa autoestima, então se valorizava isso, atividades que davam proporção maior para essa questão”.

A equipe falou que ela “sempre participou das atividades, tinha dias que não estava a fim, tinha dias que se desenvolvia bem, foi sempre assim” e que compreendiam o padrão de oscilação na atividade justificando que o objetivo da equipe “era processo e não produto”.

Aqui, mesmo a equipe tendo discorrido sobre as associações que fez quanto ao fato das atividades estarem francamente relacionadas às características e demandas trazidas pela adolescente, a concepção e operação do PTI de L. esteve pautada na oferta de um cardápio de atividades que foi se compondo diante dos estados e oscilações vivenciados pela adolescente no cotidiano do serviço.

A equipe reiterou que eles não se limitavam “somente àquilo que acreditavam”, que trabalhavam “em cima da demanda deles, do dia, não tinham receita certa para o CAPS, por isso é que dava certo”.

Aqui, quando se faz o atrelamento do cardápio de ofertas às flutuações e questões cotidianas diárias que acontecem no serviço com a usuária, essa relação pode sugerir duas possibilidades de visão: uma de que a equipe do CAPS estava favorecendo o atendimento à singularidade e incluindo possibilidades atualizadas de cuidado ao cotidiano do serviço; e, ao contrário disso, que a equipe, estava tão atravessada pelas questões que aconteciam no cotidiano do serviço, que operavam à deriva das flutuações que ali ocorriam e nas distintas direções que essas situações propunham.

Outra questão que vale a pena ser problematizada é o discurso da equipe sobre a relação que deveriam estabelecer entre o que L. apresentava de demanda em suas situações cotidianas e a operação que se fazia do PTI a partir dessa realidade concreta, que pode representar também a

preocupação e trabalho com tecnologias leves na produção do cuidado, tais sejam a escuta, o vínculo e o “estar junto”, como descrito anteriormente.

Entretanto, em meio ao atravessamento do trabalho pelas questões cotidianas e o que eles definiram como PTI aparece uma preocupação de que os processos de trabalho sejam regidos pela assunção de um saber protocolar. Essa preocupação remete os profissionais a um processo de engessamento do trabalho no outro polo, em que eles são regidos por questões dinâmicas da usuária.

Sobre o comportamento de L. no CAPS um profissional relatou que ela “sempre tomava a medicação direito”, às vezes diferentemente de outros adolescentes que não queriam fazê-lo. Além disso, quando ela tinha recaídas, fugia e retornava ao CAPS e mesmo quando ali permanecia, sinalizava que queria medicação nos momentos em que estava mal.

Aqui parece evidente o enquadre da usuária L. nos moldes de um rótulo de “obediente”, de quem queria se recuperar e fazia o possível para auxiliar a equipe nesse intento, assim como seu posicionamento, na maioria das vezes, em um lugar que suscitava na equipe sentimentos de sucesso e satisfação com o trabalho desenvolvido.

Ao contrário disso, a usuária R. despertava sentimentos contraditórios na equipe a partir de suas atitudes desafiadoras.

Sobre as atividades desenvolvidas por L. no CAPS, os profissionais descreveram que ela fez teatro; apresentação de canto; oficina de beleza, tendo desfilado e batido muitas fotos em Santo André no CAPS Fashion Week (evento de moda que eles criaram no estabelecimento) em que ela produziu a própria roupa; participou de grupos de artesanato e outras atividades que favorecessem a sua expressão. “Ela tinha que começar a perceber que ela podia fazer muita coisa”.

Uma questão que pode ser problematizada aqui é que, mesmo se partirmos do pressuposto de que a equipe entendia o PTI como a oferta de um cardápio de atividades às usuárias, o que é uma visão bastante parcial do mesmo, pôde-se observar que no caso de L. a oferta de atividades parece ter sido bem mais farta do que a que foi proposta para R.

Diante disso, podem-se questionar quais os fatores associados a essa diferença de abordagem entre as adolescentes. Cogita-se como uma das principais questões o lugar em que cada adolescente ocupava no imaginário e realidade concreta dos fazeres no CAPS. Enquanto R. ocupava o lugar de quem causava desnorteamento e um sentimento de falta de potência na equipe que tinha dificuldade de acesso e atuação em seu caso, L. estava no lugar da usuária “meiga” e obediente que auxiliava a equipe no seu intento de tratamento dela.

Uma das ações destacadas pelos profissionais como parte importante na efetivação do cuidado à usuária foi o trabalho desenvolvido nos encaminhamentos propostos à adolescente para outras instituições que participaram do processo de cuidado.

Dentre eles, foi realizado o encaminhamento a uma comunidade terapêutica em Bragança Paulista, um local para o qual eles encaminham somente adolescentes que estão em risco de vida. Mas, segundo eles, esse encaminhamento gerou polêmica entre os membros da equipe e foi feito mediante a solicitação da adolescente, que alegava querer ficar um pouco fora de circulação.

Sobre esse encaminhamento e a controvérsia que ele gerou, foi dito que “no caso dela, tinha essa implicação, a mãe não queria, não dava para abrigar, não tinha os pais dela” e a declaração dos profissionais de que “no caso dela, não se tinha o que fazer”.

Nesse caso, houve controvérsia quanto ao encaminhamento dela para a comunidade terapêutica, ao ponto de um profissional ter dito para o outro que “ela não ia ficar muito tempo lá”, fato que se confirmou após sua entrada na instituição.

Os profissionais descreveram como dificuldades daquele momento, o fato de não ter muitas opções de encaminhamento da adolescente. Nesse caso, quando foram impelidos a tomar uma decisão, ela foi pautada em algo que eles denunciavam de antemão que não iria dar certo.

Ficou claro que a decisão dos profissionais sobre o encaminhamento de L. foi além de alvo de disputas e discussões na equipe, a aposta de que a

usuária deveria ter sua vontade (de ir para a comunidade terapêutica e sair de circulação) reinvestida pela equipe.

Foi interessante notar que quando a equipe discutia sobre isso, ela apontava outras situações em que os adolescentes pediram e/ou sugeriram coisas (ir para a RT, participar de outras atividades fora do CAPS) e o fato dessas questões serem negociadas com eles, que “bancavam” junto com o adolescente essa escolha.

Nesse momento aconteceu uma discussão no grupo sobre o aval e força que a equipe tinha que ter para sustentar sua posição - de bancar ou não a ida do adolescente para um lugar fora do CAPS - visto que em algumas ocasiões a solicitação de ir para a RT, por parte dos adolescentes, por exemplo, estava pautada em um desejo de acompanhar outro adolescente.

Os profissionais refletiram também sobre o fato dessa conduta (encaminhamento a comunidade terapêutica) ter atendido também, de certa forma, o que eles denominam de “demanda cultural” a favor da internação, que constitui, na verdade, um anseio da família e de outras pessoas que tomam contato com o caso de depositá-la em uma instituição, a fim de que ela magicamente saísse recuperada de lá. No relato de L. pôde-se perceber que a diretora do abrigo em que ela esteve apostou no fato de que a comunidade terapêutica fosse o melhor lugar para ela.

Aqui se discute que, se é verdade que existe uma posição da equipe de sustentar um desejo da adolescente para “sair de circulação”, também existe uma inconsistência na sustentação da lógica do modelo de atenção psicossocial na aderência ao que os próprios profissionais definem enquanto “demanda cultural” pela internação.

Nesses termos, Elia (2010) problematiza a dificuldade do equipamento CAPS de se constituir enquanto ordenador da rede de saúde mental, o que para ele não significa a assunção de um papel de cunho gerencial ou hierárquico, mas a sustentação e disseminação do que ele chama de lógica de rede psicossocial, ou ainda a estratégia lógica a partir da qual se opera o modelo de atenção psicossocial.

Sob essa lógica há a consolidação da rede passa pela pressuposição de que “os CAPS, as equipes, se concebiam como agentes de regulação de demanda no território, de porta de entrada, de distribuição e encaminhamento, de intromissão em todos os setores do território” (p.5).

O que significa dizer que o CAPS deve intervir sobre outros campos, deve se imiscuir na rede e em outros espaços de intervenção em que o usuário foi encaminhado que não o seu próprio espaço físico. Essa possibilidade de pactuação e negociação de sentidos, quanto à pertinência do encaminhamento da adolescente à comunidade terapêutica, não pôde ser visualizada na relação do CAPS, com L. e dela, com a ideia da diretora do abrigo de que esta deveria ser encaminhada para lá.

A dificuldade na sustentação da lógica psicossocial, no caso de L. também é problematizada uma vez que as alternativas de encaminhamento descritas para a adolescente são claramente distintas em posturas teórico-políticas contraditórias.

Em um polo, está o encaminhamento para a comunidade terapêutica, um estabelecimento fechado, que cresceu no momento político em que a questão do uso de drogas estava atrelada a ideia crescente de criminalização e atribuição do rótulo de doente ao usuário e, o tratamento da “doença” baseava-se na ideia restrita de se obter abstinência do uso (MACHADO e MIRANDA, 2007). Esse estabelecimento estaria mais adequado à demanda cultural descrita anteriormente de “depósito” do usuário e a crença de que ele vai sair “recuperado”.

Em outro polo, está o encaminhamento para a RT, ou atividades de oficinas, estágios e outras que devem estar subsidiadas por um trabalho articulado e em rede com uma proposta de atendimento em portas abertas e que se constitui como substitutivo as instituições fechadas, denominadas manicômios.

As propostas relacionadas a esse segundo polo preconizam o investimento em projetos e atividades de vida do usuário na cidade que prezam pela sua autonomia e pelo desenvolvimento de aspectos de uma vida extra-espço do CAPS, principalmente extra-muro de instituições

fechadas. O segundo polo é, então, visto como o lugar possível que sustenta a lógica da estratégia psicossocial.

No caso de L. as duas propostas foram feitas, reforçando a ideia de inconsistência diante da sustentação da lógica do modelo psicossocial, levantada anteriormente pela pesquisadora.

Rotelli (1990) analisa o papel dos CAPS enquanto equipamentos substitutivos aos manicômios e os nomeia de “instituição inventada”, visto que afirma que eles, os CAPS e outros serviços substitutivos ao manicômio, estão em constante invenção e nunca prontos.

O autor ainda enfatiza o papel dessa invenção no que ele chama de desinstitucionalização, ou seja, “a criação de oportunidades e de probabilidades para o “paciente” (p.92), a produção “voltada para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que deve se sobrepor à dos doentes” (p.94).

Por outro lado, as duas posições supramencionadas e culturalmente situadas em polos contraditórios coexistem na Política Nacional para Álcool e Drogas, por conta do poder político tomado pelas comunidades terapêuticas ao longo das décadas que o Ministério da saúde levou para assumir o lugar de propositor de uma política para cuidado dessa população usuária de drogas (MACHADO e MIRANDA, 2007; BRASIL, 2003b).

Dessa forma o que é preconizado enquanto Política para Atenção a usuários de álcool e outras drogas se reverte em um campo de lutas entre concepções de tratamento e opções terapêuticas que se mostra atual no CAPS ADi, com a rede de São Bernardo, assim como a Nacional, contando com esse equipamento (comunidade terapêutica) em sua estrutura.

Em adição a isso, o modelo de rede de saúde mental que fundamenta a Política para Álcool e Drogas e tem como base a Reforma Psiquiátrica, também tem sido alvo de inúmeros ataques da mídia que alarmam uma epidemia de crack e desqualificam a rede psicossocial enquanto capaz de prestar cuidado a essa população; reinvestindo assim o imaginário das pessoas sobre o usuário de drogas como doente grave e perigoso que tem

que ser reprimido e internado em uma instituição fechada (ROMANINI e ROSO, 2012; CASTILHO, 2012). Argumento esse que se coloca a favor da ideia de internação enquanto “demanda cultural” pelo depósito seguido de cura.

Outra questão descrita pela equipe na efetivação do processo de cuidado foi a respeito dos momentos em que eles se descreveram frustrados enquantoicineiros achando que “boa parte do que a adolescente fazia era para seduzir o profissional, sem estar envolvida”.

A equipe discutiu que sentiu, por muitas vezes, a dúvida do quanto à participação da adolescente refletia um envolvimento da mesma, ou o quanto a atividade estava fazendo sentido para ela; ou ainda, o quanto L. participava para dizer que era “boazinha” e fazia as coisas certas.

Nesse caso, um dos oficineiros apontou que essa sedução existe dos dois lados: enquanto L. tentava seduzir para dizer o quanto ela fazia coisas certas e para agradar, o (a) oficineiro(a) também seduzia (de outra forma), para ela participar das atividades, mesmo que, ela não estivesse tão a fim de fazer a atividade na ocasião. Este complementou, ainda, que em alguns momentos, ela não estava tão disposta para realizar as atividades, pelas oscilações já descritas, mas, depois, saía-se bem, e o profissional sentia que ela aproveitava as coisas, que o que ocorria ali fazia sentido para ela.

Aqui, é interessante a consideração por parte do profissional de que as ações relacionadas ao cuidado sempre operam em uma via de mão dupla, e o convencimento, a manipulação, a forma como a equipe se sente afetada (desânimo e frustração e/ou motivação) são aspectos que fazem parte de um jogo de forças que é partilhado com a usuária.

O trabalho vivo em ato, inventivo, se dá justamente nessa possibilidade “interseçora” (sic), nesse jogo de forças entre os interesses da usuária e o dos profissionais, entre o investimento de ambos na produção do cuidado, “em um processo de produção que opera com altos graus de incerteza” (FEUERWERKER, 2012, p.28; MERHY, 1997); “onde as reações dos corpos às intervenções terapêuticas são também extremamente variadas” (FEUERWERKER, 2012, p. 28; MERHY, 1997).

Isso é o que se denomina espaço micropolítico, plano molecular em que se efetuam processos de subjetivação a partir das relações de poder (FEUERWERKER, 2012). A reflexão em torno da questão da “sedução” nos processos de trabalho descritos acima pela equipe falam exatamente da operação de cuidado nessa perspectiva.

Outra atividade proposta pela equipe para a adolescente foi a sua participação em um projeto de “contação de histórias” no qual ela contava histórias para crianças de escolas municipais. Segundo a equipe, essa atividade garantia a L. o exercício de responsabilidades ainda não experimentado pela mesma, era remunerado e representava além de tudo uma possibilidade de ela fazer algo em que pudesse se destacar, se expressar. Algo a partir do qual, pelo seu esforço, ela conseguiria a valorização das pessoas, bem como o benefício financeiro fruto concreto de sua dedicação.

Outro fato descrito como importante na produção de cuidado da adolescente L. foi sua inserção no CAJUV (coordenadoria da juventude que organiza oficinas socioculturais e cursos profissionalizantes para adolescentes) quando teve que ser apoiada pelos profissionais do CAPS uma vez em que estes afirmaram que “tentam sempre fazer a articulação com o local, mas às vezes muda a administração e os adolescentes do CAPS ficam de fora”. Nesse caso, “vale o trabalho da equipe para sustentar” a necessidade do encaminhamento e inserção do adolescente na atividade.

O investimento proposto na inserção da adolescente nesse tipo de atividade vem novamente acompanhado por uma aposta no inesperado, trabalho inventivo, vivo em ato. Assim como, a equipe produz retaguarda na articulação e sustentação de um trabalho de rede quanto ao fato da adolescente conseguir ir e acompanhar as oficinas e atividades propostas.

A possibilidade de articulação com a rede fala de uma ação operada a favor de que L. vislumbasse outros projetos de vida extra-CAPS.

Sobre o processo de resgate do vínculo familiar da adolescente com a mãe, a equipe relatou que esta última teve muita dificuldade de lidar com a adolescente.

A mãe foi descrita como uma pessoa que se manteve por alguns momentos fora do cotidiano de cuidado da filha e que por vezes declarou abertamente que não queria mais saber dela. Além disso, eles não conseguiram garantir a sua participação nos grupos de mãe, nos atendimentos individuais, o que causava muita frustração na equipe que ainda assim não se esquivou de tentar se comunicar pelas vias plausíveis, telefone e durante as visitas que a ela fazia ao estabelecimento.

Os profissionais alegaram tentar amarrar os atendimentos individuais da mãe no mesmo horário que os da adolescente. Aqui parece evidente o esforço e movimento que a equipe faz no sentido de entrar em contato com essa mãe, mesmo que seja trazendo-a no CAPS, diferentemente da mãe de R. a qual destacam que não conseguiam acessar, ou não conseguiram ajudar muito.

No que diz respeito à tentativa de dar apoio à interlocução entre mãe e filha enquanto instância de produção de cuidado, a equipe citou, como exemplo, o momento em que L. se evadiu do CAPS com uma amiga para Várzea Paulista. Após passar um tempo por lá, ela chegou “bastante detonada, com a boca muito machucada e muito emagrecida”. Assim que retornou, sua mãe tirou uma foto dela para lhe mostrar como estava. Dentro do estabelecimento, essa foto foi, então, fruto de discussão sobre o estado em que a adolescente havia chegado.

A discussão adensou-se, sobretudo diante da postura de L. de dizer que “não queria nunca mais ficar daquele jeito”. A ação da mãe também foi sustentada pelos profissionais que acreditaram que isso deu forças à adolescente para não querer mais estar naquele estado. Segundo os profissionais, “sempre que ela olhava a foto isso a fazia refletir”.

Outro movimento interessante da equipe foi no sentido de dar sustentação a uma atitude da mãe descrita acima e de fazer disso uma referência através da qual essa mãe foi potencializada perante a filha como figura que se aproximava dela e como figura implicada ao processo de cuidado da filha.

Em vários momentos após o retorno das fugas que a adolescente teve, do abrigo, da comunidade terapêutica e do CAPS, ela tentava ligar para sua mãe que verbalizava “que estava abrindo mão dela, que não acreditava mais nela, não confiava mais”. Sobre isso, os profissionais novamente sustentaram um processo de interlocução entre a mãe de L. e a adolescente, dizendo acreditar que isso também foi deixando-a forte.

Em consonância a isso, a equipe sustentou, por várias vezes, o discurso de que a adolescente iria conseguir, que ela conseguiria mostrar para a mãe o que queria e que ia conseguir ser aceita. Sempre que a mãe verbalizava a questão do descrédito e abandono à adolescente, esta última ficava arrasada e falava para a equipe que não conseguiria fazer com que a sua mãe confiasse nela e a equipe novamente a encorajava nesse sentido.

Os profissionais alegaram também que a mãe só conseguiu um resultado positivo com L. pela própria vinculação com a mesma e que atualmente esta mãe acompanha-a na consulta eventualmente, mesmo que seja sem abrir possibilidade para um atendimento dela própria.

Ficam novamente evidentes os movimentos da equipe na direção da aproximação e potencialização da interlocução entre mãe e filha, um desejo declarado pela própria usuária do serviço.

Nas idas e vindas da usuária com a mãe, sempre que a adolescente brigava com a mãe ou era rejeitada por ela, procurava alguém do sexo feminino no CAPS para desabafar, daí decorre a descrição de uma possibilidade de espaço criado na instituição para esse fim. Um canto especial demarcado por uma pedrinha que sinalizava quando a adolescente estava muito mal e queria desabafar, o “canto das pedrinhas”.

Nesse ponto a equipe se remete a uma postura acolhedora e sustentadora do desamparo da adolescente, na construção de possibilidades de continência e atendimento de suas “carências” e na apresentação de modelos de continência e diálogo que posteriormente serão descritos como importantes pela própria L. em sua trajetória no CAPS.

Quando a adolescente fugiu com a amiga para Várzea Paulista houve um fato bastante interessante no caso, pois a mãe ficou com muita raiva da

filha, rejeitando-a novamente, declarando o desejo de devolvê-la ao juiz. Esse fato fez com que a equipe percebesse que “eles tinham que fazer dois atendimentos, a mãe tinha referência no CAPS e a filha também, aí depois eles faziam a junção”.

É interessante notar o arranjo proposto para o atendimento a esse caso em que apesar da equipe relatar o seu empenho e empatia no intento de aproximar essa mãe do CAPS e de L., faz predominar sobre a solução proposta e efetivada a lógica da fragmentação do caso em dois atendimentos.

A equipe desconsidera a mãe como parte do projeto terapêutico e de vida de L. e propõe um novo modelo de atendimento a ela, com um terapeuta de referência diferente do designado a L..

Em um dos episódios descritos pela equipe como de interlocução entre a adolescente e sua mãe eles afirmaram que a última pontuou para a filha, na frente da profissional, “essa é a ultima chance que eu tô te dando” e a profissional devolveu isso para a adolescente, “pelo amor de Deus, olha ai hein L!”.

Pode-se tomar esta verbalização como uma convocação e o fato desta mãe também ter declarado isso à adolescente na instituição e na frente de um profissional, revela um pedido de intermediação entre mãe e filha, ou minimamente, um depósito de confiança na equipe e na adolescente.

Segundo o que foi discutido pela equipe a adolescente ligava para a mãe do CAPS e esta, por sua vez, dizia que não queria falar com ela. A cada vez que isso acontecia a adolescente “se acabava” o que solicitava dos profissionais o que eles definiram como trabalho “corpo a corpo” que seria “um acalento antes de ela correr, uma atenção especial, às vezes quando ela queria fazer arte, era prever isso, acalmá-la antes que voasse algo”. “Era um cuidado para protegê-la enquanto tava ali do lado dela”. Esse procedimento é particularmente ressaltado no primeiro grupo focal relacionado com o caso quando havia quatro membros da equipe de

Enfermagem fazendo parte deste, mas também foi reiterado por outros profissionais.

Os profissionais discutiram também como se deu o encaminhamento da jovem para a RT quando reforçaram o quanto foi importante à abertura da mesma, no encaminhamento da adolescente para lá e citam como ela foi “um braço mesmo para a continuidade do atendimento”. A equipe refere inclusive que já estava em uma discussão se a encaminharia direto para a sua casa ou para a RT.

No entendimento dos profissionais, a RT representou não só um “braço” do CAPS, mas também um sinalizador de que a usuária estava bem, de que já tinha certa autonomia e já podia ser encaminhada para outra instância de cuidado, mais autônoma. No caso, esse desenlace foi proposto inclusive pela própria usuária.

Mais uma vez a equipe mostra a sua (dis) posição ao investimento e suporte a uma solicitação da própria usuária. Essa disposição como descrito acima é uma posição situada e sustentada por processos micropolíticos “interseções” (sic) onde a usuária é convocada como interlocutora para negociar possibilidades e caminhos na construção do seu processo de cuidado.

Sobre o encaminhamento da adolescente para a RT os profissionais afirmaram também que “lá foi o melhor espaço para a adolescente”, em contraposição ao abrigo e que ela soube aproveitar a RT, que, na ocasião, tinha muitos técnicos, estava começando, assim como o (programa) de geração de renda, do qual a usuária também fez parte e no começo tava com aquele espírito”.

A potência que foi operada a partir da inserção da adolescente no espaço da RT pôde ser analisada por duas referências que se tem dela.

Primeiro, o fato de a mãe conhecer a ideia que se faz de que o adolescente que vai para a RT está melhor. Isso se reverteu em um novo olhar da mãe sobre a filha.

Segundo, o fato de a própria adolescente ter solicitado ir para a RT, o que pôde ser visto tanto pela mãe, quanto pelos profissionais como um sinal

de independência da mesma quanto às questões descritas pela equipe como fragilidades dela no momento de sua entrada no CAPS, carência, dependência e baixa autoestima.

Esse encaminhamento então foi sinalizador de uma “alta” o que pôde ser acompanhado e continuado pelos profissionais de CAPS, uma vez que após a adolescente ter voltado a sua casa ela permaneceu sendo atendida no CAPS mesmo de forma bem pouco frequente.

Outro fato importante relatado sobre o período em que adolescente foi para a RT é que, lá, “foi feito um trabalho em cima dessa mãe”, “que não queria aderir, não queria vir”, mas parece que à medida que a adolescente ficou bem na RT, “a ficha começou a cair”. Esse processo também foi suportado pelos profissionais, em um trabalho de interlocução com a família.

Em relação à adolescente, os profissionais descreveram que quando entrou na RT, “ela parou de ir ao CAPS” e “acho que a intenção era essa mesmo, fazê-la conhecer outras coisas, inclusive porque a RT tem recursos que nós não temos, entendeu?”.

Mais recentemente, a adolescente mudou o seu técnico de referência. Tal mudança acarretou um movimento deste profissional na direção da adolescente e sua família. Houve renovado empenho na convocação da mãe para conversas sobre o andamento do caso, para atendimentos da própria mãe bem com para entender outras demandas que foram descritas após L. ter voltado pra casa.

7.1.4.4 Processos Reflexivos e de Subjetivação dos Trabalhadores

Dentre as situações refletidas como um desafio para a equipe nesse caso esteve o fato de que os profissionais tinham pouco tempo no CAPS - a maioria deles estava começando a trabalhar lá – o que se reverteu na possibilidade de se entregar com menos resistência e um desejo de fazer

dar certo o projeto terapêutico da usuária. Esse fato é descrito como “uma entrega, que se não desse certo ia gerar muita frustração”.

O mesmo ponto pode ser retomado quando a equipe se dá conta de que quando a adolescente fugia, ou fazia algo errado que ia de encontro às ideias que a equipe fazia dela (“meiguinha”, carente) os profissionais “desmontavam”.

Nesse caso, eles ressaltaram a importância do coletivo como suporte, destacando o exemplo dos colegas profissionais oriundos do trabalho em instituições de tratamento fechado na reflexão de qual era o papel dos profissionais diante da história da usuária e como deveriam proceder a partir disso.

Aqui, a equipe fala claramente sobre as suas dificuldades para lidar com os momentos de frustração diante das recaídas da paciente, fato que em outro momento eles apontam como uma dificuldade da mãe para lidar com L. É interessante notar aqui como a equipe é afetada pela mesma dificuldade que relatam que a mãe de L. teve. Entretanto, vale destacar que essa fala dos profissionais retrata um momento em que eles estavam entrando no serviço e provavelmente as dificuldades possam ser provenientes dessa fase.

Merhy (2004) vê o trabalho humano em saúde e, complementarmente a isso, a pesquisadora poderia citar o trabalho realizado nos CAPS, como portador da capacidade de vivificar modos de existência interditados e anti-produtivos e da permissão que os mesmos produzam vida, implicação última de todo trabalho em saúde. Para isso, deve-se pensar na aposta a fazer nos trabalhadores de saúde mental como alvo também de um “campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, para quem tem que encontrar sua caixa de ferramentas, muitas vezes em ato, para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado” (p.5).

Na fala da equipe também se pôde observar que ela assume em vários momentos do caso o papel de figura materna para L. sustentando suas tentativas por vezes fracassadas de se manter em tratamento e evadir-se.

Há de se adicionar também no bojo do trabalho enquanto figura materna as falas identificadas como o trabalho “corpo a corpo” e as conversas no canto da pedrinha, assim como os aconselhamentos sobre as “últimas chances” que a mãe dava a adolescente.

Essa forma de operar o cuidado pode denotar uma postura já reconhecida em alguns CAPS que é descrita como a permanência micropolítica de um modo de cuidar hegemônico em “atos norteadores de valores e julgamentos morais”, ou falas e posturas que identificam o sujeito como infantilizados, onde a atuação da equipe se pauta na correção e educação (YASUI e COSTA-ROSA, 2008), características essas pertinentes à figura materna.

No caso do CAPS a disputa entre o que os trabalhadores sentiam e pensavam fazer foi acompanhada e atualizada na constituição de coletivos de trabalho, grupos informais de ajuda mútua nos quais foram refletidos os sentidos em torno do “desabar” de onde foi negociada uma postura de “não se envolver” ou não se deixar manipular pelos apelos e valores implicados à adolescente na cristalização de sua figura como meiga, obediente, portanto incapaz de fazer coisas “erradas”.

Vale destacar que as questões descritas pela pesquisadora - enquanto um cuidado que se aproxima das características maternas - foram mais discutidas no primeiro grupo e descritos em sua maioria, pelos profissionais de enfermagem do sexo feminino, de quem a adolescente demandava mais atenção sempre que fazia algo do tipo fugir e sua mãe a rejeitava novamente.

Isso ocorre principalmente quando a equipe fala sobre o trabalho que eles denominam “corpo a corpo” com a paciente.

Parece que a equipe de enfermagem tradicionalmente se ocupa de um cuidado mais relacionado ao cotidiano do usuário no CAPS, na identificação desse trabalho definido como “corpo a corpo” enquanto acolhimento, abraçar a adolescente que chora ou acalma-la, esperar ao seu lado que ela telefonasse para a mãe na tentativa de sustentar possíveis reações bruscas. Mas também, no trabalho “corpo a corpo” definido como

ficar acompanhando um pequeno grupo de usuários a fim de observá-los, de que eles não se evadam do estabelecimento, ficar no portão e impedir possíveis fugas, dentre outras atividades de acompanhamento e vigília do adolescente.

Em outro momento, ainda sobre a questão da construção coletiva de apoio e suporte às ações de cuidado no CAPS, os profissionais relataram a importância de um profissional da área do trabalho que trazia nos grupos de discussão o fato dos colegas precisarem olhar sempre para a reação que estavam tendo relacionadas ao caso e nesse ponto reforçaram a importância de ter tido essa discussão e de ter tido “a opinião dos colegas que estavam mais fora do caso”.

A reflexão que se fez acerca do que o colega de fora ponderou sobre a reação do grupo foi continuada na visão particular de um profissional quando ele afirma que “quando outros colegas novos entraram eu passei a mensagem, não vamos nos apegar”.

Aqui se pôde verificar o quanto a equipe precisou nesse momento de um trabalho de apoio e cuidado que acompanhasse sua própria ação.

O colega descrito acima que tinha uma experiência na área do trabalho fez o papel de alguém que olhou e propiciou momentos de reflexão em torno de questões trazidas pelos colegas profissionais. Esse fato, no entanto, não anula a importância do trabalho auto-analítico, prioritariamente vindo de fora e não próprio grupo de trabalho, com um trabalho que funcionasse enquanto um segundo olho necessário para promover processos reflexivos e analíticos nos profissionais.

Feuerwerker e Merhy (2011) afirmam que “cuidar de si é um pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo auto-analítico pode criar esse efeito na equipe” (p.293).

Os autores apontam ainda o processo auto-analítico como condição indispensável para que os trabalhadores produzam cuidado de si e coloquem em análise as suas implicações no trabalho com a produção da vida (FEUERWERKER e MERHY, 2011).

Sobre a constituição do grupo de profissionais do CAPS, a equipe afirmou que o caso de L. foi um grande laboratório inicial para a maior parte dos quase 70% dos profissionais que havia acabado de entrar no serviço a essa época, sendo alguns oriundos inclusive de instituições fechadas de tratamento, como o hospital. Essa circunstância temporal foi o que solicitou à equipe que a mesma se articulasse em um coletivo para compor formas diferentes de se vincular ao caso.

Atualmente pode-se perceber que a equipe é bem diversa, com alguns trabalhadores que conseguem se articular melhor aos equipamentos da rede - nos encaminhamentos implicados para oficinas e outros espaços extra-CAPS, na realização de atividades fora da instituição - enquanto outros têm um trabalho mais focado no interior do estabelecimento, atendimento e/ou orientação individuais e em grupos, bem como, tecem discursos de reclamação sobre o trabalho em rede e fazem tentativas de construir limites para a atuação do CAPS, sobre o que eles deveriam atuar e o que seria responsabilidade da rede.

Essa questão é trazida, entretanto, para problematizar o cotidiano de trabalho tal como afirma Bertussi et al. (2011) “um terreno de produção e de cristalização dos modelos de atenção à saúde e também da produção de novos arranjos no modo de fabricar saúde, onde se configuram novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos (...)” (p.314), ou seja, do cotidiano de trabalho sempre como palco de disputas, espaço de luta e exercício de poder (MERHY, 2002b, p.160) o qual é recortado por fluxos e intensidades relacionados aos modelos ainda em disputa acerca do cuidado em instituições abertas e substitutas ao manicômio.

Outro cenário de subjetivação relacionado ao caso e revisitado por ocasião dos grupos foi o sofrimento dos profissionais quando comparavam situações de sua vida pessoal as vivenciadas no CAPS. Sobre isso, eles afirmaram que tinham filhos adolescentes, sobrinhos e quando se depararam com aquela realidade foi difícil no início, “você vai somatizando tudo aquilo e dá um desespero, você não sabe lidar ainda com aquela

situação”, hoje está mais sossegado, “mas no começo eu ficava assim, enlouquecia”.

O cenário de implicação descrito traz a questão do sofrimento como algo inerente à prática profissional, principalmente quando eles descrevem os sentimentos de desespero e loucura associados à época em que entraram no serviço.

Nesse sentido Lancetti (2012) aponta as adversidades do modelo de operação de cuidado na instituição figuradas na pessoa do terapeuta, que na visão da pesquisadora pode ser estendido a qualquer profissional do CAPS visto que eles trabalham sob essa atribuição. Para o autor, “o terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho, antimanicomial. Trabalho no qual substitui o muro do hospital pelo corpo do terapeuta” (p.104).

Outra questão refletida pelos profissionais foi o fato deles terem chegado à conclusão do quanto depositavam nos adolescentes, as expectativas superestimadas que tinham e que as coisas eram muito idealizadas para eles. “O tempo inteiro a gente tinha que tomar cuidado com os objetivos que certamente não eram possíveis de se alcançar com eles, para a gente não ficar nesse processo de perseguição” com os adolescentes. “A gente tem que olhar e saber dizer o quanto a gente já conseguiu, precisamos também nos acostumar a ver os resultados positivos do que já fizemos”, “mas só que a gente não vê, a gente fica se apegando ao negativo”.

As situações descritas acima, além de se mostrarem como situações limite e de extrema tensão, angústia e, em alguns momentos, desespero para os profissionais, também se revestem da importância já anteriormente explicitada do desenvolvimento de auto-cuidado em torno dos profissionais mediada por processos auto-analíticos.

Um ponto bastante interessante refletido pelos profissionais é como as afetações que acontecem dentro do CAPS vão compondo o profissional e os projetos terapêuticos para cada caso. Ademais, o quanto a possibilidade de troca de experiências em um coletivo vai compondo um estatuto para o

curar também. Segundo eles, “ouvir experiências é o que compõe um profissional”, “isso é o que vai compondo o profissional que hoje cura”.

Por outro lado, existem crenças provavelmente relacionadas à experiência de cada um que também influenciaram e subsidiaram o diagnóstico e o olhar que os profissionais tiveram acerca das famílias e condições em que a adolescente vivia.

Sobre essas condições os profissionais afirmam que, “para cada caso, você pode avaliar o contexto seja familiar, seja financeiro, mas ele (o adolescente) não tem culpa de sair daquele contexto, um local de baixa qualidade, sem estrutura, sem saneamento, as coisas que a gente acha básico, eles não tem, isso vai compondo o profissional que passa a cuidar dessa forma”.

Aqui se pode discutir uma condição que torna mais complexa ainda a produção do cuidado, além das angústias, tensões e situações limites sobre os trabalhadores e a disputa entre modelos de cuidado que acontece na multiplicidade do serviço. Essa condição é a dimensão do usuário que vem acompanhada das mesmas situações limite, pautadas em outra história de vida, mas que deve ser foco de negociação de sentidos com os trabalhadores para produzir o encontro definido como cuidado.

Quando os profissionais partem do pressuposto de que os adolescentes são “desprovidos”, “que não tem as condições mínimas que eles têm”, ou ainda de que são “vítimas” visto que não tem culpa de sair de lugares ruins como os que saem, estão falando de uma desvalorização, de um olhar preconcebido acerca do lugar que o outro ocupa. Esse lugar é calcado pelo não acesso/reconhecimento das situações de potência que os usuários trazem, logo de uma impossibilidade de colocá-los no papel de interlocutores do seu próprio cuidado.

Vários autores discutem a construção da ideia de cuidado no modelo de atenção psicossocial, enquanto desenvolvimento de níveis de contratualidade entre usuários – incluindo aqui as famílias - e profissionais (YASUI e COSTA-ROSA, 2008; COSTA-ROSA et al., 2003; ROTELLI, 1990; AMARANTE, 1995/2008; SARACENO, 2001) ou ainda desse cuidado

enquanto encontro “interseção” (sic) na produção de subjetividade (MERHY, 2007).

O não reconhecimento do outro, nessa via que é tão complexa e habitada por diversas possibilidades de vida, recai na construção de um modelo de cuidado pautado no que os profissionais creem que seja melhor para o usuário e no cerceamento do lugar de cidadão deste último.

As duas reflexões mostraram-se relacionadas também à força que cada crença – as trazidas por cada profissional e construídas e revisadas no coletivo - teve enquanto possibilidade de afetação da equipe, na construção do projeto terapêutico para a adolescente. Segundo eles, “você começa a elaborar um projeto individual seu projetado naquele adolescente”. Então, pode se pensar que o projeto terapêutico do adolescente parte sempre das experiências e afetações que acontecem com os profissionais envolvidos no caso.

Outra questão refletida em torno do desenvolvimento desse caso-emblema foi a avaliação de que os processos de trabalho que se pautaram em idas e vindas, na discussão coletiva e em movimentos diversificados identificados pela equipe como frustrantes, estagnados, de dúvida, angústia e perplexidade, são componentes de ganhos para a equipe como um todo na produção do cuidado.

Isso ocorreu pelo fato deles terem percebido e conseguido se apoiar em uma atitude de desvelamento das atitudes de manipulação da paciente no coletivo, bem como pelos diversos sentidos e significados atribuídos ao que eles identificaram como sedução, por parte da usuária para supostamente agradar a equipe na realização das atividades, mas também, por parte dos profissionais para que a adolescente participasse de determinada atividade e a resignificasse em sua experiência.

Outra questão que também é derivada da citada é a avaliação dos profissionais de que as mudanças aconteceram de forma gradual e de que era “difícil de visualizar os objetivos (do PTI) em curto prazo”.

Nesse caso, a equipe declarou que esses movimentos - idas e vindas com recaídas e momentos em que a paciente estava bem - reforçavam a

ideia de que o que se consegue visualizar melhor está relacionado com os objetivos propostos no PTI a médio e longo prazo. Isso se configura como a aposta da equipe em vários momentos dos dois casos emblemáticos.

Para eles quando você vai visualizando pequenos resultados estes te conduzem ao final a transformações mais duradouras e os pequenos trabalhos cotidianos “constroem uma base firme, não de uma mudança da noite para o dia, até porque se assim fosse, (a mudança) poderia reverter da noite para o dia também”.

Aqui pode se questionar também o fato das adversidades do caso, descritas como a ideia de manipulação, as fugas e idas e vindas de L. terem funcionado como fatores que trouxeram à tona a dimensão da usuária, em alguns momentos, não acessada pela equipe.

Após isso as resignificações discutidas no coletivo de trabalho trouxeram também o sentido do cuidado operado como um processo que se estabelece a partir das expectativas e ações da equipe, mas também a partir das demandas e participação da usuária.

Diante disso, talvez, o tempo ampliado para se compor ações sólidas, que atendessem a realidade dessa usuária, da mãe dela e da própria equipe foi algo reconhecidamente valorizado pela equipe.

7.2 O SEGUNDO PONTO DE REFERENCIA: AS SITUAÇÕES ATRAVESSADAS NO ACOMPANHAMENTO DO COTIDIANO DO SERVIÇO E O CUIDADO

As situações descritas nas observações realizadas no cotidiano do CAPS ADi trouxeram a reflexão inicial sobre algumas questões observadas na construção dos processos de trabalho:

- 1) Discordâncias entre a equipe e coordenação na discussão e efetivação do cuidado e os atravessamentos verticais decorrentes disso;
- 2) Casos e situações que chegam ao serviço de forma abrupta requerendo decisões imediatas da equipe;
- 3) A diferença na operação do cuidado entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais do CAPS.

Quanto às discordâncias entre a equipe e a coordenação na discussão e efetivação do cuidado e os atravessamentos verticais decorrentes disso, questiona-se o quanto essa questão estaria relacionada com alguns movimentos da própria equipe no sentido de se esquivar de determinada decisão ou intervenção a ser implementada nos casos.

Tal como foi dito acima, a equipe se apresentava de forma diversa no grupo focal, com algumas pessoas que sempre estavam presentes e tinham algo a dizer sobre os casos, falando de diversos momentos em que tiveram contato com os adolescentes. Outras pessoas participavam menos, em algumas ocasiões, inclusive, fazendo outras atividades no espaço do grupo.

Essa dinâmica de funcionamento também era reproduzida nas reuniões semanais gerais do CAPS, com a diferença de que nesse espaço eles se organizavam em uma equipe mais ampliada e contavam com a presença de outras pessoas da rede participando do grupo.

Os momentos de reunião no CAPS ocorreram baseados na sistemática descrita abaixo: um espaço ampliado de reunião semanal geral; espaços de reuniões diárias para passagem de serviço e discussões de questões cotidianas do serviço e; reuniões de mini-equipes, que seriam espaços em que os profissionais atrelados a determinadas microrregiões da cidade discutem coisas e/ou participam de reuniões fora do estabelecimento.

Nas reuniões de equipe e cotidiano do serviço pôde-se observar que as discordâncias entre a equipe e a gerência do CAPS giravam em torno das questões de avaliação relacionadas aos casos: avaliação na (re) admissão de casos inteiramente novos ou que já tivessem sido atendidos pelo estabelecimento; avaliação relacionada aos encaminhamentos e intervenções feitas nos casos em atendimento no CAPS e; principalmente,

quanto a situações de contenção e retenção dos adolescentes no CAPS, na modalidade definida como hospitalidade noturna.

Sobre essas discordâncias, quando não se chegava a um consenso, a gerente propunha formas de resolução às questões polemizadas.

Também eram frequentes as situações de discordância entre procedimentos tomados por profissionais do CAPS e de instituições da rede de saúde ou outra fora dela. Nesse caso, sempre que a instituição externa possuía uma representação nas reuniões do CAPS ADi, como observado no caso das RTs e equipes de consultório de rua, isso era discutido no contexto coletivo.

Alguns profissionais descreviam sentimentos de angústia e posturas de incômodo relacionadas ao fato de estar funcionando a mercê de coisas que ocorriam no cotidiano e que chegavam ao serviço de forma abrupta requerendo decisões imediatas da equipe ou ainda posturas que eram solicitadas à equipe via gerência do serviço.

Aqui pode se tomar como exemplo a descrição do que a equipe fez no grupo focal sobre como os PTIs dos casos emblemáticos foram construídos, a todo dia, mudando os objetivos a ser alcançados, praticamente a toda a semana, ou cada vez que o adolescente oscilasse para evidenciar a sensação de que a equipe era capturada pelas questões de atravessamento do cotidiano do serviço no seu fazer.

Em outros momentos, observou-se que essas situações de atravessamento do cotidiano não representaram fonte de dispêndio de energia ou angústia para os profissionais os quais as manejavam de forma mais tranquila, tendo estes, em algumas dessas ocasiões parado para ilustrar ou explicar coisas sobre o cotidiano do serviço para a pesquisadora.

O exercício de manejo de situações difíceis e de crise, sobre as quais se tinha que tomar decisões importantes e rápidas e, diante disso, o movimento de parar para ilustrar ou explicar determinadas situações à pesquisadora, representou uma disposição da equipe para estar em um lugar diferente do usualmente ocupado, um lugar de reflexão e de dono de um saber praticado na instituição.

Quanto à diferença nos fazeres entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais do CAPS, foi verificado que a equipe de enfermagem ficava com os fazeres relacionados com a parte clínica, tal como descrito pela profissional dessa área nos grupos focais.

A pesquisadora vivenciou situações em que a equipe relacionou ou verbalizou sentimentos de angústia e sofrimento relacionados à forma como a equipe de enfermagem trabalhava no CAPS. Como exemplo, pode-se citar a fala de um profissional da equipe de enfermagem que veio justificar a não entrega do formulário de caracterização dos profissionais à pesquisadora visto que seu marido havia pegado o formulário em casa e respondido parte das questões por ela. Segundo ela, ele tinha feito isso de forma bastante rígida, falando coisas ruins sobre o seu trabalho, trabalho que para ela só era passível de ser compreendido pela mesma, por ser difícil, mas apesar disso, com uma importância reconhecida.

O que foi observado é o que os enfermeiros e técnicos de enfermagem ocupavam mais os espaços de dar medicação, de uma parte burocrática da organização da rotina, da organização do uso do telefone e de chaves, de encaminhamento de exames, vigilância corpo-a-corpo nos portões e demais dependências do CAPS ADi III, inclusive com a expectativa de que eles tolhessem possíveis fugas dos adolescentes, além de algumas outras funções.

Para os profissionais de nível superior da equipe, os enfermeiros, além de algumas das funções descritas acima, tinham ainda outras atividades como a de ser técnico de referencia, fazer pactuações com a rede e realizar atendimentos dos adolescentes.

O desenvolvimento de todas essas atividades, não só em termos de quantidade, mas no que se refere ao tipo de procedimentos feitos parece ser bastante pesado para a equipe de enfermagem e gerar descontentamento, bem como sofrimento de alguns membros da equipe.

Nesse caso pode-se falar de uma segunda divisão dentro da própria equipe de enfermagem, pois se as (os) enfermeiras (os) assumem mais esse cuidado clínico, com a medicação, rotina e encaminhamento de

exames, eles também incluem em seu dia-a-dia a participação nas reuniões, a referência técnica de casos, os atendimentos individuais e um contato diferenciado com a rotina do adolescente na instituição.

Na situação dos técnicos de enfermagem, estes ficavam muito mais do que os colegas enfermeiros lotados em atividades de contenção e vigília do adolescente, tomada de medicação e não participavam tanto das atividades como reuniões e atendimentos individuais e em grupos realizados no CAPS, apesar de se manterem nas atividades pertinentes a rotina do adolescente na instituição.

Vários autores (ZERBETTO et al., 2011; SOARES et al., 2011; DIAS e SILVA, 2010; FILIZOLA et al., 2008 e ROCHA, 2005) discorrem sobre a dificuldade da equipe de enfermagem de se apropriar ou operar o modelo de cuidado situado no modelo de atenção psicossocial, nas atividades propostas a serem desempenhadas dentro de CAPS, como dispositivo que impetra novos processos de trabalho direcionados ao cuidar.

Zerbetto et al. (2011) discorre sobre as principais dificuldades da equipe de enfermagem na realização do trabalho em CAPS relacionadas às concepções do processo saúde-doença mental, Reforma Psiquiátrica e Território. Neste estudo prevaleciam visões dicotômicas acerca de saúde e doença pautadas no modelo biomédico e em uma visão reducionista da Reforma Psiquiátrica entendida somente como reorganização estrutural de serviços e práticas terapêuticas. Além disso, foram identificadas dificuldades no âmbito técnico-assistencial, na relação da enfermagem com os familiares dos usuários.

No estudo de Soares et al. (2011), realizados em um CAPS AD e um CAPS do tipo II, a equipe de enfermagem declarou desconhecer o seu papel junto à equipe interdisciplinar e, que essa falta de conhecimento decorria do fato destes serviços terem sido instituídos recentemente e se encontrarem em processo de construção.

Rocha (2005), em um estudo desenvolvido em dois CAPS AD e um adulto de saúde mental, ressalta dois tipos de dificuldades que predominaram no relato dos profissionais, uma, a do saber e formação do

enfermeiro para trabalhar em CAPS e, outra, na dificuldade em transpor diferenças para integrar-se ao trabalho da equipe interdisciplinar.

Autores discutem que a equipe de enfermagem não reconhecia como sendo de sua competência os procedimentos que realizava em CAPS e que essa dificuldade de identidade se justificava pelo fato deles serem em sua maioria provenientes de instituições fechadas, como hospitais (DIAS e SILVA, 2010; FILIZOLA et al., 2008). No estudo de Filizola et al. (2008) esse fato ocorreu à época em que os profissionais ingressaram no CAPS, justificado no fato deles não terem formação e experiência em saúde mental; bem como de haver pré-conceitos existentes em relação à doença mental.

Os autores ainda apontam que para que se pratique a singularidade do cuidar, a equipe de enfermagem deve inserir-se em práticas que vão além dos chamados “recursos tradicionais” descritos como os de comunicação terapêutica, relacionamento interpessoal, atendimento individual e administração de medicamentos (SOARES et al., 2011). Ademais, Rocha (2005) defende que a inserção do enfermeiro no CAPS deve se dar por intermédio de novos posicionamentos e novos saberes.

Essas questões são trazidas para refletir sobre o fato de que, se a instituição do estudo têm duas equipes que possuem relações distintas no modo de operar o cuidado, isso implica em formas distintas no contato e tratamento do paciente e principalmente, na forma como esses profissionais constroem os processos e um coletivo de trabalho, uma equipe de fato.

Pelo descrito, a pesquisadora concorda com a reflexão de Soares et al. (2011) quando este afirma que o papel da enfermagem no CAPS deve ser visto na possibilidade de garantir um atendimento integral ao usuário, de somar à equipe do CAPS em sua singularidade e, para isso, se faz necessário uma igualdade de saberes e valores sociais no enfrentamento das diferenças no cotidiano de trabalho com o cuidar.

7.3 TERCEIRO PONTO DE REFERENCIA: O ENCONTRO COM OS USUÁRIOS DE CASOS EMBLEMÁTICOS ESCOLHIDOS E O CUIDADO RECEBIDO

Sobre o caso-emblema típico, a adolescente R. identifica a sua entrada no CAPS como relacionada ao consumo de drogas e outras coisas mais que fazia nesse ínterim. Quanto a isso ela afirma que “ela era terrível, que fazia coisas que até Deus duvida” e que “ficava sete dias fora de casa consumindo drogas”. Ela relatou que chegou ao CAPS com a sua mãe justamente porque passava dias fora de casa consumindo drogas.

Quando questionada se isso era algo bom ou ruim pra ela, ela afirma que era muito ruim ficar fora de casa consumindo drogas porque ela não conseguia parar.

A adolescente pareceu bastante reservada quanto a falar sobre as “coisas que ela fazia quando estava usando drogas” e diz que não falaria sobre isso com a pesquisadora por conta de que estava gravando a conversa. Referiu também ter ficado chateada quando na época de sua chegada ao CAPS sua prima (que a acompanhava na época) foi lá e a equipe perguntou a mesma, se elas faziam programa para consumir drogas e coisas do gênero.

O que vale destacar na conversa com a adolescente foi o fato dela ter identificado a questão do uso abusivo da droga enquanto demanda sua ou algo que a incomodava, o que está de acordo com o que foi objetivado no PTI da usuária pela equipe do CAPS. Por outro lado, ela também identificou o que ela denominou de depressão, como algo que a incomodava, um problema para si, quando afirmou que “achava que tinha depressão por causa da droga, mas hoje sei que tenho por causa de mim mesmo”.

Quando perguntado sobre “se” e “como” o CAPS a ajudou ela afirmou que ajudou “um pouco”, por conta de que ela não conseguia parar de consumir antes e descreve o quanto era difícil quando ficava sem fazer isso.

Apesar disso, relatou que no CAPS ADi foi onde ela aprendeu a usar “pedra” (crack) e no período em que conheceu essa droga piorou bastante, pois tinha a companhia dos amigos que a convidavam para consumir e ela sempre topava. Atualmente se diz abstinente de drogas no período de cinco meses.

A adolescente mostrou sentimentos de ambivalência no que diz respeito ao consumo de drogas e a associação disso com as atividades de lazer que ela gosta de fazer. Sobre isso, R. afirmou que “precisa curtir a sua vida” por causa da idade que tem e que a balada era uma forma de fazer isso da qual gostava.

Afirma também que, atualmente, quando sabe que vai para a balada e vai querer consumir, fica em casa dormindo. Essa fala está de acordo com uma questão descrita pela equipe, quando eles diferenciaram R. de outra adolescente também em tratamento no CAPS, afirmando que R. ainda precisava consumir droga na balada para poder se divertir.

Sobre os amigos e suporte social que possuía, a adolescente relata que possuía os amigos do CAPS, os quais ela também saía eventualmente para consumir droga, provavelmente quando conseguia e que não vê mais os amigos da rua que também consumiam drogas com ela, uma vez que eles não a procuravam mais.

Sobre as atividades que ela fez no CAPS ADi e que a ajudaram, ela descreve os atendimentos individuais e conversas que teve com suas referências e profissionais que a atenderam mais de perto, visto que não gostava de “fazer brincadeiras” fazendo referência aos atendimentos em grupo. Relatou que os atendimentos individuais traziam a questão do aconselhamento sobre questões de sua vida e que isso foi importante pra ela. Ela afirma que “se fosse depender da brincadeira, eu não tinha parado não”.

Talvez a forma como a usuária descreve os atendimentos em grupo e o pouco que eles foram importantes pra ela esteja relacionada com a dificuldade que descreve posteriormente dela estar em grupo.

Após isso eu pergunto o que ela acha que não está legal ainda e o que ela gostaria de melhorar em sua vida, e ela fala da questão da escola. Afirmou que tem vontade de estudar, que sempre sonhou em estudar, fazer faculdade, ser advogada e depois coloca que hoje gostaria de ser juíza, mas que isso não pode ocorrer porque “não consegue frequentar a escola”.

Para ela esse fato se dá pela questão dela “arrumar muita briga na escola, querer marcar as pessoas”, por conta de sentir constantemente discriminada, relatando que quando percebe pessoas falando em um canto já acha que estão falando dela e que por isso não consegue permanecer lá.

R. descreve ainda que atualmente vem ao CAPS para “esfriar sua cabeça” conversar sobre coisas de sua vida e que as pessoas que conversam com ela a ajudam nesse sentido, dando conselhos e orientação, visto que relata não gostar das atividades em grupo, mas sim dos atendimentos individuais, porque “as coisas que faz, não é assim de falar na frente de todo mundo”.

É interessante notar o quanto o olhar da equipe difere do olhar da adolescente quando a equipe identifica nela a questão do consumo abusivo de drogas junto a um padrão de rebaixamento enquanto ela, apesar de identificar a questão do uso de drogas como algo que a incomodava, põe em relevo a questão da depressão.

Esta incompatibilidade de olhares, ou incógnita em relação às atitudes da paciente, termo usado pelos próprios profissionais para definir esse caso emblemático, talvez esteja relacionada novamente a um padrão de comportamento que a adolescente possui e que mobiliza a equipe deixando-os perplexos com os altos e baixos da adolescente, bem como os deixando incomodados com alguns comportamentos que ela tem provocativos e direcionados aos membros da equipe.

Não obstante, enquanto a equipe se refere a um discurso rebaixado, com pouca crítica e pouca condição de entendimento em relação às orientações dadas pela equipe, à usuária fala de uma depressão, do quanto a sua vida é ruim, consegue expor coisas que não foram descritas pela equipe, muito provavelmente por não terem sido acessadas pela mesma.

Sobre a preferência pelo atendimento individual e pelas conversas individualizadas com alguns profissionais, esse talvez seja também um dos motivos pelo qual no relato destes profissionais eles pareçam possuidores de pouca propriedade a respeito da história de R., suas demandas ou a forma como ela significa o tratamento que teve/tem no CAPS.

Outra questão que também vale ser destacada é o quanto o projeto terapêutico descrito pela equipe está relacionado com a questão do tratamento enquanto diminuição ou extinção do padrão abusivo do consumo de drogas e ela a adolescente fala dessa questão, como algo que pouco influenciou a sua principal demanda, a depressão que diz possuir. Além disso, a abstinência no uso de drogas é um sinalizador para a adolescente de que sua vida pouco melhorou quando relata que “achava que a minha vida ia mudar quando parasse de usar drogas, mas nada mudou”.

A adolescente então, fala de um projeto de vida (estudar, ser juíza) que ultrapassa o projeto terapêutico descrito pela equipe e isso não é acessado nem discutido pelos profissionais nos grupos focais.

Talvez esse fato, do não acesso às demandas trazidas pela paciente por parte da equipe esteja relacionada com o fato dela enxergar a sua vida com pouca diferença do momento em que fazia uso de drogas.

Pode-se pensar que existem projetos terapêuticos distintos entre a equipe e o que a adolescente espera melhorar em sua vida e que promover o encontro entre esses dois projetos é condição *sine qua non* para que se constitua um cuidado pautado nas demandas e necessidades da usuária, ou seja, singular.

Sobre o caso emblema com desfecho satisfatório, a usuária L. descreveu a sua chegada ao CAPS através do Conselho Tutelar e de um espaço de acolhimento provisório denominado Andança, no qual esteve por conta de estar fazendo uso de drogas na rua à noite e fugida de casa, pela segunda vez.

Quanto ao motivo das fugas ela conta que a primeira vez ela foi acompanhar um menino com quem teve um relacionamento e no que ele a agrediu, ela retornou a sua casa. Na segunda vez ela fugiu novamente sem motivo declarado, por “vontade própria”.

Quando a adolescente foi inicialmente abrigada no espaço Andança ela relata que sua mãe foi notificada e convidada a comparecer a instituição e que na ocasião sua mãe ficou com muita raiva dela, mas acabou aceitando ir até ela por insistência dos profissionais da instituição.

Nesse espaço denominado Andança ela e a mãe ficaram sabendo do CAPS ADi e a adolescente foi encaminhada ao mesmo.

No CAPS a adolescente relatou que conversou com os profissionais, que lhe fizeram muitas perguntas e ela contou o que havia ocorrido para eles.

Os profissionais também conversaram com a mãe e na visão da adolescente eles viram que a histórias bateram e ela retornou ao espaço Andança, a fim de iniciar o tratamento no CAPS. Nesse meio tempo fugiu novamente do espaço e voltou a fazer uso de drogas.

A usuária relata ainda que fez isso umas duas vezes quando estava no espaço Andança, de fugir, usar e depois voltar. Em outros momentos de fuga retornava direto para o CAPS. Ela afirmou também que quando chegava ao CAPS “ninguém criticava suas atitudes, só levava a gente para

desintoxicar, conversava, perguntava o que tinha acontecido, o que tinha levado a querer fugir e jogar tudo para o alto”.

Nesse momento a pesquisadora crê que começa a se configurar uma relação de vínculo com o CAPS e L., mesmo não conseguindo sustentar a sua continuidade no serviço, retorna ao mesmo para ser recolhida.

Quando eu pergunto sobre a demanda que ela tinha na entrada no serviço, ela traz a questão da agressividade oriunda do uso de drogas, dizendo não se reconhecer nas atitudes agressivas que tinha quando fazia uso de drogas e fala a respeito da remissão desse uso atualmente.

Sobre as questões que a trouxeram ao estabelecimento ela ainda cita que se dava muito bem com a sua mãe até que começou a fazer uso de drogas e ficar agressiva. Afirmou que “ficou agressiva, uma coisa que nunca foi”, “era carinhosa, apegada” e quando começou a ficar agressiva e estressada pela falta do uso da droga sabia que já estava viciada. Por isso a ideia de tratar-se quando mais cedo seria melhor.

Sobre as atividades desenvolvidas no CAPS a usuária relatou que fazia inúmeras delas no estabelecimento, acordava, “já ia para as atividades, ia para o clube com o tio A., para a capoeira com o tio R., para a aula de canto com a tia N., para a oficina de artes com o A. e tinha várias outras atividades que não lembrava na ocasião”.

L. referiu ter participado de um ou dois atendimentos individuais com outro profissional do CAPS e outros atendimentos com o seu técnico de referencia anterior.

Quando perguntada se a sua mãe participou de algum atendimento, ela referiu que “lembrava” de sua mãe ter vindo em dois momentos, um no grupo de família e em um atendimento individual com a psicóloga”.

Quando pergunto se e como as atividades do CAPS ADi a haviam ajudado ela relata que as atividades a mantinham distraída e quando estava no equipamento não tinha como pensar em usar droga, pois, em seu entendimento, “quando a mente tá vazia a gente só pensa em coisa ruim”. Segundo ela “aqui (no CAPS) a gente não pensava, só se divertia, eu já me diverti bastante aqui”.

Um ponto central descrito por L. é quando ela fala no que o CAPS a ajudou e quando descreve que eles a auxiliaram a se aproximar da mãe e que “se eles não tivessem dado esse apoio acho que minha mãe não falaria hoje comigo”. Quando fala sobre esse aspecto do tratamento cita situações em que a equipe insistiu com a sua mãe para que a mesma estivesse presente no tratamento da filha, para que ela acreditasse em L. e do quanto a adolescente precisava dela no estabelecimento, convencendo-a inclusive a falar com a filha pelo telefone em alguns momentos. Essas situações também são descritas nos grupos focais realizados com os profissionais que revisitaram esse caso.

Outro aspecto destacado no relato da usuária como algo que tinha no CAPS e contribuía para o seu tratamento foi “o carinho”, no que segundo ela “as pessoas eram muito carinhosas, davam conselhos” e ela adorava parar para ouvir os conselhos, que às vezes ela “nem seguia, mas me ajudaram demais, adorava ouvir”.

Outra questão que L. descreve como que a ajudou bastante no CAPS foi a atenção recebida por parte dos profissionais, “eles davam muita atenção quando a gente ia expor alguma coisa, a gente não tava gostando de algo, pegava e falava e eles tentavam entrar num acordo que nem a Assembleia de manhã que eu adorava ir”.

Outros momentos potencializadores de uma relação de negociação com a usuária são descritos quando a mesma refere a sua participação no espaço da assembleia.

Nesses termos, L. relata que sempre trazia a demanda de querer cinco cigarros, quando o permitido era quatro por dia e sua proposta nunca era aceita. Apesar disso, ela relata que continuava a levar a mesma proposta para a reunião, pois gostava de fazer uso desse espaço.

A discussão que se pode fazer do uso desse espaço é da potência dele enquanto exercício de ter poder e negociar coisas, bem como de ser respeitada e escutada nas coisas que propunha. Possivelmente esse poder era uma questão problemática entre L. e sua mãe, visto que as duas têm esse movimento até hoje, suposto na dificuldade da mãe de dizer para a

filha que ela está passando tempo demais na internet, na dificuldade da filha de dizer que quer sair de casa, não por conta de que seus irmãos fazem isso, mas por conta de que ela tem esse direito e conseguirá responder as responsabilidades e deveres que tiverem implicados a esse fato.

Outros momentos do cotidiano do serviço vivenciados e descritos por L. foram situações em que ela possivelmente estava tentando expor coisas e opiniões a respeito do que deveria ser feito em determinado contexto e usava da manipulação para fazer isso.

O primeiro exemplo é quando ela descreve que convencia a pessoa responsável pelo cigarro a lhe entregar o seu antes do combinado, sob a condição de que ela não o teria mais tarde e depois, quando dava o horário combinado para o fumo, ela pedia novamente o cigarro, alegando que a negociação feita anteriormente não era válida.

Um segundo exemplo, descrito por ela que também retrata essa questão, foi o dia em que ela disse que teve que se irritar e ameaçar “quebrar coisas” para que a equipe ligasse para a sua mãe tarde da noite para vir buscá-la no estabelecimento, para ela ir passar o final de semana em casa. Sobre isso ela afirmou que teve que “dar um piti” porque ao pedir que um membro da equipe ligasse para a sua casa, a fim de falar com a sua mãe, eles disseram que estava muito tarde e que ela deveria ir dormir, no que ela fez um escândalo, “só pra ver se eles iam ligar mesmo, nesse dia não teve negociação”.

Nesses termos pode-se ressaltar uma diferença grande entre a apropriação que se faz do espaço do CAPS por parte de R. que relata que os atendimentos que mais tiveram sentido para ela foram os individuais e de aconselhamento e L. que relata fazer uso, às vezes até inapropriado, da possibilidade de negociar coisas dentro do CAPS.

A usuária fala ainda de sua ida à comunidade terapêutica e do quanto o tratamento que tinha era diferente do que fazia no CAPS e que não gostava de lá. Sobre isso, ela afirmou que “os educadores eram todos homens, que ela não tinha contato com as meninas”, que “se ela chorasse eles diziam que era frescura”. Além disso, no CAPS os adolescentes ficavam

todos juntos e faziam amizade, o que a agradava e “você tinha carinho”, segundo ela.

Ela relatou que a sua ida para a comunidade foi sugestão da coordenadora do abrigo Arco Iris pelo fato dela estar fugida de lá por cerca de dois meses, ter retornado ao projeto Andança e ter poucas opções de encaminhamento nesse caso para um lugar em que ela permanecesse visto que ela fugia do abrigo e do CAPS. A sua estada na comunidade terapêutica acabou quando ela conseguiu fugir novamente de lá com um menino, passou dias em Jundiaí e, após isso, se fez achar por um policial que a reencaminhou ao CAPS inclusive tendo um quadro de overdose no meio do caminho.

Quando a pesquisadora pergunta por que ela vem atualmente para o CAPS ela relata que vem quando precisa desabafar, “quando tem algum problema assim e quer procurar um conselho o lugar certo é aqui”. Ela vem atualmente para ter atendimento com a sua referência, que mudou e está se reapropriando do caso e com a psiquiatra que retirou recentemente a medicação que a adolescente tomava.

Apesar de dizer que gostava de vir pro CAPS e esperava continuar vindo nem que fosse uma vez por ano, a adolescente não apontou para nenhuma demanda mais veemente no contato com a equipe, exceto o fato de dizer que “tinha que vir aqui (no CAPS) ver as pessoas que me ajudaram e ficar perto delas”.

A ideia do desfecho satisfatório apontado para o caso da adolescente L. é reforçado nas palavras finais descritas acima pela usuária, quando a mesma não sinaliza mais nenhuma demanda direcionada à equipe exceto o fato de poder desabafar com alguém e visitar pessoas queridas. Ela atualmente está conseguindo levar a sua vida com relativa autonomia e possivelmente, com uma melhor condição de resolver os conflitos que ainda tem com a mãe.

Outro fato que vale a pena ser enfatizado é o encontro dos anseios da adolescente, as demandas trazidas pela mesma com o PTI construído para ela no CAPS.

Isso se mostra verdadeiro, quando os profissionais afirmaram que o projeto terapêutico dela estava mais relacionado a uma questão da vinculação com a família, relatando em alguns momentos até a questão do abuso de drogas, relação com o tráfico, como algo secundário ao caso.

Essa situação difere do caso-emblema típico, de R. o qual claramente possui uma dissonância no PTI proposto e efetivado pela equipe do CAPS ADi, mais relacionado com o tratamento para o abuso de drogas e da condição clínica frágil da adolescente; enquanto a questão que mais incomodava R, era a depressão, pela qual ela diz anteriormente ter culpabilizado o uso de drogas como causa para esse estado. Além disso, a equipe mostra no caso de R. uma indisponibilidade de acesso ao projeto de vida exposto por ela quando refere que “seu sonho era estudar e ser juíza”.

7.4 CARTOGRAFIAR TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS DOS PROCESSOS DE TRABALHO E A PRODUÇÃO DE CUIDADO

Nesse item tomarei como base a cartografia sob dois movimentos: a sua possibilidade de acompanhar processos (BARROS e KASTRUP, 2009) e também de habitar territórios existenciais (ALVAREZ e PASSOS, 2009) como forma de compor um mapa dos territórios existentes na multiplicidade dos processos de trabalho operados em um CAPS ADi e a produção de cuidado em torno de dois casos emblemáticos atendidos no referido estabelecimento.

Segundo Barros e Kastrup (2009) cartografar é acompanhar processos e apontar para a ideia de que a processualidade está presente em todos os pontos, nas paradas, nos avanços e principalmente, diante do fato de que o tempo todo estamos em produção.

Os processos de trabalho desenvolvidos em um CAPS, tal como preconiza o modelo de atenção psicossocial, dependem de um *ethos* acerca da produção de cuidado que é construído na composição de estratos, linhas de segmentaridade, linhas de fuga e intensidades, tais como descritas por Deleuze e Guattari (1995), no livro “Mil Platôs”, ou seja, a partir do trabalho vivo em ato na instituição, nas palavras de Emerson Merhy (2002b), mas principalmente no desenvolvimento e reflexão acerca do cenário de produção de encontros entre trabalhadores e usuários, que não garante de antemão a produção de um cuidado “interseçor” (sic) simplesmente pelo fato de se estar dentro de um CAPS ou em qualquer ponto da rede de atenção em saúde mental.

O olhar sobre essa produção foi realizado utilizando a cartografia como referencial e *modus operandi* dessa investigação, na sua potência de compor cenários de uma realidade psicossocial (ROLNIK, 1989) em muitos momentos causando estranhamentos, mas, também, novas possibilidades de olhar por parte da pesquisadora em torno do trabalho de pesquisa em ato.

A produção do mapa começará traçando o acesso que a pesquisadora teve às paisagens visitadas no CAPS ADi e como na visão desta, os territórios descritos a seguir foram compostos.

O primeiro acesso ao CAPS ADi começou com a participação da pesquisadora em uma reunião semanal do serviço. Esta foi recebida sob a descrição de um sentimento de satisfação da gerente do estabelecimento em receber uma pesquisadora lá.

Posteriormente, esse acesso foi atravessado por algumas interdições de ordem temporal e administrativa que foram realinhadas ao longo do processo, tais como:

- Uma nova discussão a respeito da pertinência da escolha do estabelecimento como parte do interesse de pesquisa adstrito ao campo da saúde mental infantojuvenil, visto que o CAPS ADi parecia não se identificar enquanto um equipamento da infância e adolescência;

- A escolha de dois casos a ser estudados, ao contrário de três como anteriormente propostos, por questões de limitação de tempo;
- O direcionamento do foco de observação para os settings de trabalho que ficavam fora do espaço do CAPS, para os espaços de reunião e outros espaços comuns dentro do serviço, diante da impossibilidade de acompanhar algumas atividades de maneira mais específica.

A seguir, na composição do cenário de que se fala sobre o cuidado, a pesquisadora partirá de três territórios que são descritos por Merhy (2002b) enquanto meios para captura da dinâmica da instituição, que se fazem pertinentes na produção do encontro com a dimensão cuidadora:

- 1) A identidade do campo de práticas de saúde como um território de práticas de cuidado (MERHY 2002b);
- 2) O desenho predominante adquirido por essa lógica e que marca um mapa bem definido como certo modelo de se produzir o cuidado em saúde, no qual se definem os próprios perfis profissionais (MERHY, 2002b);
- 3) As ações que compõem singularmente esse território e que são focos de intervenções possíveis de ser visualizados (MERHY, 2002b).

As práticas de saúde operam no campo dos processos de subjetivação constituídos por territórios existenciais que trazem sentidos a estas práticas e servem como referência para a captura dos movimentos que ocorrem no seu interior (MERHY e FEUERWERKER, 2009; MERHY, 2002b).

Quando se propõe falar a respeito de uma identidade para um determinado campo de práticas, aqui referida na ideia de um CAPS ADi enquanto um território de práticas de cuidado, primeiramente, se deve levantar questões temporais e políticas na construção do referido equipamento.

O CAPS ADi III de São Bernardo do Campo constituiu-se como uma opção singular e bastante específica diante do que é proposto pelo Ministério da Saúde a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAP) para o tratamento de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas.

A RAP descreve como possibilidade de atendimento para as crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas os CAPS infantojuvenis e CAPS para álcool e drogas do tipo III (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012).

Assim, a partir de uma terceira proposta mais específica, a de um CAPS ADi, o Município de São Bernardo do Campo assume a necessidade de investimento, mas também a constituição de uma política pública para álcool e drogas que fosse coerente com a ideia que se tem de cuidado proposta pelo modelo de atenção psicossocial a partir da consecução de projetos terapêuticos comprometidos com a produção de vida dos usuários nos espaços extra-CAPS (FURTADO et al., 2012).

Em São Bernardo do Campo o CAPS ADi surge da divisão do CAPS infantojuvenil (CAPSi), em uma situação na qual as demandas de uso abusivo de álcool e outras drogas eram atendidas anteriormente neste estabelecimento juntamente às demandas gerais relacionadas ao sofrimento psíquico nesta faixa etária.

O CAPS ADi também surge, inicialmente, na prerrogativa de funcionamento durante o dia e, depois, se torna CAPS 24 horas, adicionando em sua carga de trabalho a modalidade descrita como “hospitalidade noturna” e o funcionamento ininterrupto.

Estas mudanças temporais e políticas de direcionamento do serviço bem como o fato de a maioria dos profissionais que atualmente trabalham no equipamento terem ingressado lá há cerca de dois anos aproximadamente, são descritas pela equipe como fonte de transformações na “cara” que o CAPS assume e nas práticas de saúde que lá se operam.

Uma questão que vale ser destacada quanto à identidade atribuída ao CAPS ADi é o fato de seus profissionais o terem definido como “uma unidade de tratamento de dependência química” com todas as

consequências carreadas por tal definição. Essa situação nominal esteve presente ao longo das discussões do caso. Assim, esses profissionais referiam-se aos diferentes aspectos dessa definição:

- a sobrecarga de trabalho por conta de assumirem papéis e funções que não são de sua alçada;
- a dificuldade de acesso à família da usuária e a justificativa de que o atendimento da mãe não dizia respeito ao trabalho que eles deveriam fazer,
- o desejo de conseguir outros tipos de atendimento para as usuárias dos casos emblemáticos atendidos, a fim de que demandas diferentes das relacionadas ao uso de drogas fossem sanadas por outros pontos da rede, tal como a questão de vulnerabilidade social, precariedade e doenças físicas.

Essa questão identitária relativa à construção do modelo de atuação na área de álcool e drogas tem raízes históricas no atraso pela assunção desta área na agenda da saúde pública e na forma como se propôs a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde de 2003 até a atualidade (MACHADO e MIRANDA, 2007; BRASIL, 2003b).

A política do Ministério de Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas trouxe consigo heranças históricas que compõem contradições grosseiras na operacionalização do modelo. Nesse modelo coexistem equipamentos apoiados em definições bastante distintas acerca do cuidado com esses usuários e na operação deste.

Na composição desse modelo podem-se ver instituições de caráter fechado, predominantemente filantrópico, que cresceram historicamente à espreita de ações focadas na criminalização e repressão de pessoas que faziam uso de álcool e drogas, descritas como “comunidades terapêuticas” (MACHADO e MIRANDA, 2007).

No mesmo bojo, tem-se o cuidado operado a partir de uma rede de saúde mental constituída por equipamentos abertos (CAPS AD), substitutivos ao manicômio, que se inserem na lógica de produção do cuidado sobre o modelo de atenção psicossocial e outros dispositivos designados para atuar em distintos níveis de complexidade e necessidades (MACHADO e MIRANDA, 2007; BRASIL, 2003b; BRASIL, 2011c).

Em adição a isso, tem-se uma estratégia de cuidado atualmente ativa e que historicamente esteve ao lado da assistência à saúde de usuários de álcool e outras drogas, que se denomina “redução de danos” enquanto opção técnico-política de lidar com a singularidade e com as opções de vida negociadas com o usuário na construção de projetos terapêuticos partilhados de produção de vida (BRASIL 2003b). Essa estratégia se congrega a rede de saúde mental no atendimento a esse perfil de usuários.

Na contrapartida à efetivação dessa rede, tem-se ainda um trabalho atual dos meios de comunicação de massa de desvalorização, (re)judicialização do campo e franco ataque ao que se define como estratégia de atenção psicossocial e a rede de saúde mental enquanto alternativa capaz de dar conta do tratamento desses usuários. Isso investe o imaginário das pessoas sobre o usuário de drogas como doente e perigoso que precisa ser internado em uma instituição fechada, visando prioritariamente a remissão e repressão do uso, bem como desinvestindo a possibilidade que equipamentos como CAPS têm de ser resolutivos nessas circunstâncias (LANCETTI, 2012; ROMANINI e ROSO, 2012 ; CASTILHO, 2012; MARAZINA, 2011).

Quanto ao perfil dos profissionais de saúde mental do CAPS ADi este acompanha o que se descreve como realidade atual na composição dos serviços com profissionais da área, que, no caso do CAPS ADi, em sua maioria, possuíam até dois anos de ingresso; não possuíam experiência na área de saúde mental da infância e adolescência, bem como na área de álcool e drogas (MARAZINA, 2011) e; que não eram originariamente provenientes da militância do movimento da luta anti-manicomial.

O fato descrito acima, referenciado na literatura e na constatação de que os trabalhadores de saúde mental da atualidade não têm mais o perfil da militância e, que podem fazer parte de um contexto distanciado e desassentado da luta antimanicomial e da discussão política engendrada na construção dos conceitos e práticas relacionados à Reforma Psiquiátrica (MARAZINA, 2011) coloca-se como mais um fator adverso na constituição de um modelo de cuidado apoiado na lógica psicossocial.

Apesar disso, quando questionados acerca do que consideravam importante em sua prática, muitos profissionais responderam questões pertinentes a conceitos e discursos próximos ao modelo de atenção psicossocial/Reforma Psiquiátrica – possibilidade de escuta e vinculação, comprometimento, trabalho com a vida social, familiar do usuário, valorização da cidadania –, mas o que foi observado é que eles possuem uma necessidade de espaços coletivos de discussão nos quais esse discurso seja constantemente ressignificado. Em adição a isso, a necessidade de partilha de questões relacionadas ao cotidiano de trabalho que possam, de fato, promover a construção de processos de trabalho pautados no que preconiza o modelo de atenção psicossocial, bem como espaços de formação diferenciados que se façam potentes nas possibilidades de discussão da efetivação do modelo (MARAZINA, 2011).

Na visão de Marazina (2011), o afastamento entre os serviços substitutivos e, complementarmente a isso, de seus profissionais e o movimento da luta antimanicomial tem se traduzido, por um lado na burocratização do cotidiano dos serviços e, por outro, em uma possível abertura ideológica necessária para que o processo de mudança continue em curso. O que se traduz em um cenário de disputas e jogo de forças que podem se interpor da maneira mais diversa possível nos distintos equipamentos de saúde mental, como no caso do CAPS ADi, foco desse estudo.

Ao longo das discussões do grupo focal, puderam-se observar alguns momentos em que uma lógica burocratizada e tecnicista prevaleceu nas ações tomadas e procedimentos do CAPS, a exemplo da sistemática de

escolha do profissional de referência do usuário a partir da interseção entre as micro-áreas em que o profissional está referido e de que o usuário é proveniente.

Outra situação que pode servir como exemplo dessa lógica foi o critério utilizado para encaminhar o adolescente E. (posto como opção para o caso-emblema típico) para o CAPS adulto. Este ia ser encaminhado segundo a fala dos profissionais por conta de já ter completado 18 anos, mesmo diante da conflitiva dele de estar com o sentimento de ser “abandonado”, inclusive pelo CAPS.

A identidade do CAPS ADi distingue-se então pela composição entrelaçada das contradições do próprio modelo psicossocial e da política de cuidado para usuários abusivos de álcool e drogas, assim como na diversidade de um estabelecimento que passou por transformações internas e intensas, como a mudança para ser 24 horas e a diferenciação do CAPS i.

O CAPS ADi é permeado assim por um cotidiano de trabalho composto por profissionais, suas crenças e experiências diversas, que não estão mais posicionados no *front* da militância da Reforma Psiquiátrica ou luta antimanicomial, mas se veem impelidos em entoá-la e, principalmente, que não possuem nem a longa vivência prático-política de pensar e implementar o modelo, nem um trabalho clínico institucional de cuidado de si, que, na opinião de Marazina (2011), é um instrumento que se traduz como essencial a um trabalho da ordem de complexidade em que a equipe opera num exercício responsável de esclarecimento dos delicados acontecimentos da clínica.

O desenho predominante na lógica de produção do CAPS demarca certo modo de se produzir o cuidado, evidencia ações que compõem singularmente esse território de cuidado, bem como os focos de intervenções que são possíveis de ser visualizados a partir de movimentos de (dês/re)territorializações constantes das contradições descritas acima, nos atravessamentos cotidianos à realização do trabalho.

A primeira grande situação que se interpõe enquanto fonte de reflexão e até de (dês/re)territorialização do modelo de atenção é a

difficuldade da equipe ao lidar com a situação de complexidade configurada na realidade do paciente que traz a sua vida diversa para o estabelecimento de saúde (CAPS). Deste usuário nas suas dificuldades, potências, situações de vulnerabilidade; no seu acesso e relacionamento com a rede familiar e social (ampliada), bem como no direito de ir e vir no CAPS e acerca das proposições de sua vida.

As concepções e intervenções postas a respeito dos dois casos extensamente apresentadas nos relatos dos trabalhadores sobre a dificuldade de acessar a mãe da adolescente R. e mesmo nas pre-concepções relacionadas às afetações evidenciadas na produção do cuidado trazem a dimensão posta por Merhy e Feuerwerker (2009), que veem o campo de trabalho como um espaço que vivencia processos constantes de disputa pelo cuidado que está sendo construído. Essa disputa dá-se principalmente entre profissionais e usuários, na sobreposição de desejos quanto aos projetos terapêuticos e de vida para o usuário.

Vários autores falam sobre esta disputa e negociação de projetos entre os usuários objetos do atendimento e os profissionais na produção do cuidado.

Merhy e Feuerwerker (2009) falam que essa disputa produz-se na interdição de saberes que o outro (usuário) possui acerca de sua enfermidade e as proposições feitas diante disso; Costa-Rosa et al. (2003) e Saraceno (2001) falam da necessidade de interlocução, nesse campo, de disputas entre os usuários e trabalhadores sobre o cuidado que é proposto; Ayres (2004) fala da produção do espaço terapêutico enquanto algo permeado por negociações e por um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários.

A complexidade que se mostra na diversidade trazida pelo usuário remete-nos justamente ao sutil jogo de negociações que deve haver entre os diversos planos que coexistem na instituição, descritos por Feuerwerker e Merhy (2011) como pelo menos três, “o plano da gestão, dos profissionais e dos usuários” (p.290).

Para os autores, essa complexidade não pode ser desvinculada da produção de cuidado, uma vez que o mundo do cuidado é o mundo em que as afecções entre trabalhadores e usuários acontecem, para que ambos se abram para o encontro, reconhecendo no palco da diversidade os conhecimentos, saberes e expectativas de cada um como legítimos e passíveis de ser construídos de forma compartilhada; e que “quando essa abertura existe os encontros entre trabalhadores e usuários tornam-se lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios” (p. 292).

Apesar do descrito, foi percebido que a equipe fala da questão da complexidade enquanto algo que atravessa sua ação, imobilizando-a, provocando sentimentos de paralisia, falta de potência, mediados pela concepção de tutela ao outro e, em alguns momentos, pelo descompromisso; ou seja, em uma dificuldade de produzir espaços de protagonismos junto aos pacientes na construção de seus projetos terapêuticos e de vida.

Em outros momentos, tal como descrito também nos relatos feitos nos grupos focais e outros espaços, no encontro com as usuárias dos casos emblemáticos, pode-se visualizar movimentos pautados no desejo de impetrar processos que valorizassem autonomia e corresponsabilização destas. Esses movimentos ainda se mostraram permeados na dificuldade da equipe de transitar e reconhecer questões pertinentes ao protagonismo dos usuários de forma geral.

A segunda grande situação que se interpõe enquanto fonte de reflexão e também de (dês/re)territorialização do modelo de atenção é a questão da complexidade na operação dele, na composição de redes de serviço e de ações que sustentem a lógica cotidiana do serviço.

Discute-se aqui a questão da complexidade definida dessas duas formas, como o que está imbuído em cada caso e das questões inerentes ao modelo de atenção psicossocial, porque a complexidade é além de uma característica presente no trabalho realizado em CAPS com adolescentes no papel de sujeitos de direitos, uma condição inerente ao modelo preconizado

para a saúde mental, em que os CAPS cumprem o papel estratégico de ordenador e operador de uma rede que se compõe nessa complexidade.

Elia (2005) defende que o CAPS é “uma lógica de rede”, uma “estratégia lógica de atenção” e problematiza a dificuldade que o mesmo possui de se entender no papel de ordenador da rede, justamente na assunção da complexidade que é fazer parte dela.

Para o autor, operar na complexidade do modelo de atenção psicossocial está relacionado às condições que o CAPS possui de se articular, de produzir trabalho compartilhado mediante uma nova forma de olhar; “representa um conjunto de concepções de atenção, de modos de intervenção, regidos por uma determinada lógica do cuidado” (p.50); situa-se no “polo que encarna e faz valer as diretrizes das políticas públicas em saúde mental em determinado território (...)” (p. 50) e os sentidos de protagonismo inerentes a esse trabalho na produção de encontros cada vez mais singulares entre o equipamento e os sujeitos alvos do cuidado.

Não obstante, quando os profissionais do CAPS falam sobre a dificuldade para o trabalho articulado com a rede e se definem enquanto “mãezona”, partindo do pressuposto de que os equipamentos do território não vão dar conta de sustentar um trabalho coletivo, estão falando do CAPS enquanto ponto da rede que não consegue operar na lógica psicossocial ou, ainda, que não se investe do poder de contratualidade que deve ter junto a outras instâncias do território. Essa possibilidade de articulação, na ideia de Elia (2005), compõe com o CAPS a lógica do modelo psicossocial.

Para isso, o autor reforça que:

Um trabalho clínico-institucional não pode deixar de ampliar-se também no sentido do entorno do serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros CAPSis e CAPS, ambulatórios, hospitais, Programa Saúde da Família – PSF), mas também outras agências sociais não clínicas que, por atravessarem a vida das crianças e dos jovens, constituem-se como linhas que costuram seu território [...] (ELIA, 2005, p.51).

Ainda de acordo com o autor, “rede é, portanto, uma noção que implica necessariamente a dimensão da alteridade, havendo ou não havendo outros serviços, além daquele em que se processa determinado ato de cuidado” (ELIA, 2005, p. 52).

Para finalizar, a ideia de rede é tomada, aqui, a exemplo do que Deleuze e Guattari definem enquanto rizoma, como um sistema acentrado que se configura e desconfigura a partir de movimentos, fluxos, conexões e alianças entre diversos atores (FERREIRA, 2008; DELEUZE e GUATTARI, 1995); enquanto um “campo tensional de forças heterogêneas, conjugando assim a diferença em sua multiplicidade” (FERREIRA, 2008, p.33).

Por isso, é válida a reflexão dos trabalhadores sobre o fato de que, ao continuarem crendo que os outros pontos da rede não vão sustentar um trabalho coletivo, vai ser mais difícil aproximar-se das questões pertinentes ao território, visto que, para compor rede, eles precisam arriscar-se, abrir-se para a possibilidade de encontro com essa multiplicidade.

A terceira e quarta questões que se interpõem estão situadas entre as concepções presentes a respeito do cuidado produzido em ato no CAPS ADi e as formas de efetivar esse cuidado nos processos de trabalho engendrados/negociados com a família e com a gerência no seio do estabelecimento.

A concepção e operatividade do projeto terapêutico enquanto oferta de um cardápio de atividades aos adolescentes parecem estar inseridas na lógica da burocratização das ações e permeadas pelos aclives e declives do cotidiano de trabalho, bem como na falta de uma discussão que situe a importância dessa condição para a construção do CAPS; na reinvenção constante da instituição descrita por Rotelli (1990); em processos de desinstitucionalização (SARACENO, 2001); e na produção de modelos de atenção em saúde mental pautados no protagonismo e ampliação dos níveis de contratualidade dos usuários em torno dos seus projetos de vida (COSTA-ROSA et al. 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; SARACENO, 2001).

Outra questão que se mostra pertinente é a dificuldade de atuação em torno dos quatro parâmetros relacionais descritos por Amarante (1995; 1996) e Costa-Rosa et al. (2003), a saber:

1. Quanto à concepção dos processos saúde doença - determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas, e não orgânica, na consideração dos conflitos e contradições enquanto elementos constituintes do sujeito e não necessariamente removidos pela ação das terapêuticas (...) (COSTA-ROSA et al., 2003). Exemplo: quando tentam enquadrar as dificuldades de interação com a mãe de R. e com a própria usuária dentro de um possível quadro de “rebaixamento cognitivo”.

2. Organização das relações intrainstitucionais - na construção de formas horizontalizadas de organização e poder; na distinção entre poder decisório e de coordenação; livre trânsito e participação dos usuários e da população na co-gestão e autogestão; e na divisão do trabalho interprofissional integrada em profundidade (COSTA-ROSA et al., 2003). Exemplo: a dificuldade de negociar coisas com a mãe de R. e, de negociar posições quanto a reter o usuário no CAPS com a equipe e a gerência do serviço.

3. Relação da instituição e seus agentes com a clientela - na porosidade da instituição com o território; no estabelecimento de espaços de interlocução entre um suposto espaço de ‘saber’ – instituição – e o território compreendido como a vida do indivíduo nas relações que ele estabelece com esse espaço (COSTA-ROSA et al., 2003). Exemplo: dificuldade de criação de espaços de interlocução entre os profissionais, a usuária e a família da adolescente R., tal como foi feito com a família da adolescente L..

4. Efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos - no reposicionamento do sujeito desde a recuperação dos seus direitos de cidadania, passando pela recuperação de seu poder de contratualidade, até a implicação subjetiva dele como forma de sua singularização na instituição e no território (COSTA-ROSA et al., 2003). Exemplo: a consideração do usuário enquanto sujeito capaz de fazer interlocução com a equipe do

CAPS, sobre seus desejos e suas necessidades, a exemplo do adolescente E. e da adolescente R (desta última em seu projeto de voltar a estudar).

Essa dificuldade aproxima-se novamente do que Marazina (2011) aponta como as questões pertinentes ao distanciamento dos serviços às posições técnico-políticas engendradas no seio do movimento da luta anti-manicomial, bem como da demanda das equipes por um trabalho de supervisão clínico-institucional que dê conta de discutir essas questões que estão sempre em disputa no cotidiano.

Na concepção supramencionada de Deleuze e Guattari (1995) sobre rizoma, a multiplicidade que opera em uma instituição acentrada encontra, logo, uma via de se reterritorializar para compor um cenário sempre novo, em construção. Isso nos possibilita dizer que tanto as práticas manicomiais, quanto as que favorecem o reposicionamento do usuário enquanto sujeito de direitos encontram formas de se recompor e se sobrecodificar no meio institucional, o que impõe aos trabalhadores a tarefa de acessar essas vias, ressignificá-las e disputar espaços de produção de cuidado cada vez maiores na instituição.

As diferenças entre as concepções de projeto terapêutico engendradas no corpo do trabalho, enquanto diretrizes e roteiro de atuação, discussão prospectiva e dispositivo clínico político de operação do cuidado (BRASIL, 2008; BOCCARDO et al., 2011; OLIVEIRA, 2007; PINTO et al. 2011; MERHY, 1998) compartilham da disputa descrita acima.

Quanto à diferença entre as ideias e a natureza do cuidado praticado entre profissionais da Enfermagem e o restante da equipe do estabelecimento, pôde-se perceber que, além da diferença na natureza do trabalho de cada grupo dentro do próprio CAPS ADi, não desatrelado disso, temos a dificuldade da equipe de Enfermagem de se apropriar do modelo de trabalho com atenção psicossocial e em equipes multiprofissionais (ZERBETTO et al., 2011; SOARES et al., 2011; DIAS e SILVA, 2010; FILIZOLA et al., 2008 e ROCHA, 2005).

Por outro lado, vale ressaltar que a apropriação do modelo de trabalho dá-se pelo exercício sucessivo de discussões, pareamentos,

articulação em rede, por algumas vezes reclamado ou refletido no discurso dos profissionais e, no entendimento de que essa equipe deve fazer parte do cotidiano do serviço, tal como os outros profissionais o fazem.

Nesse ínterim, os processos de discussão e análise clínico-institucional devem favorecer, de forma contínua, no cotidiano da equipe, a construção de um ideário acerca do cuidado, do que se entende enquanto projeto terapêutico e dos processos de trabalho como enunciadores de um cuidado dialógico e integral, que posicione o sujeito na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, enquanto protagonista de seu projeto de vida.

As discussões/discordâncias em torno de alguns procedimentos tomados no CAPS - que a pesquisadora identifica como sendo da ordem da retenção e clausura e não do cuidado negociado e articulado - são refletidas em alguns momentos pela equipe como sinais de incômodo.

Apesar disso, o desejo da equipe de, em alguns momentos, de exercer o poder de tutela em torno das ações dos usuários que estão fora dos moldes do que se espera - os papéis que a família deve exercer a cooperação que o adolescente deve ter em seu tratamento e, principalmente, as condições sociais em que esses adolescentes se inserem – remetem-nos de volta à questão da disputa de cenários e contradições presentes no cotidiano do serviço que merecem ser problematizadas e rediscutidas no coletivo de trabalho.

O desejo que se pronuncia em torno do exercício da tutela e de práticas assistencialistas, descritas ao longo dos grupos, na direção dos usuários e dos familiares dos casos emblemáticos estudados tem como fundamento um ideário científico moralizador e disciplinador em torno do cuidado, fruto de uma extensa herança histórica acerca da ideia de proteção relacionada à infância e adolescência, como fases distintas da idade adulta que precisam ser tuteladas e controladas.

Para isso, faz-se necessário fazer a distinção das ideias de saúde e doença pronunciadas nas especificidades dos campos da infância e adolescência e do sofrimento psíquico de pessoas que fazem uso abusivo

de álcool e outras drogas, elementos que se inter cruzam na composição dos territórios habitados no CAPS num movimento constante de (dês/re) territorialização dos profissionais que ali operam.

A pesquisadora habitou as questões descritas acima, em conjunto com os profissionais do serviço, principalmente no sentimento de premência de um espaço de cuidado, reflexão e autoanálise para a equipe na produção do cuidado aproximado ao que foi defendido no início do estudo, enquanto uma produção subjetiva e política dos espaços de trabalho.

Para Alvarez e Passos (2009), a ideia de habitar um território está na prerrogativa de que a pesquisa também é uma composição que se produz de forma concomitante e imbricada ao cenário do campo-alvo da pesquisa.

Para os autores, conhecer, então, não significa somente representar um objeto ou processar informações acerca de um mundo já supostamente constituído, mas pressupõe implicar-se e comprometer-se com a sua produção (ALVAREZ e PASSOS, 2009).

Por isso, a composição desse território também foi feita sob a perspectiva de quem fez parte dele, sentiu os incômodos e alegrias de figurar em algum momento sob a mesma posição profissional, ou em outros, partindo de uma postura ético-política do cuidado para falar de outras.

Esta composição, principalmente produziu-se diante do sentimento de pertencimento ao “olho do furacão”, mas, também, da crença em um modelo de atenção em saúde integral, psicossocial e substitutivo aos manicômios, que pudesse inclusive problematizar os pequenos manicômios nossos de cada dia. Um modelo que não está pronto, portanto, não pode ser simplesmente aplicado, implementado via interdição. Ele produz-se à medida que passamos a tomar a frente dos efeitos produzidos pelos processos de subjetivação das nossas criações e decisões.

A composição dos territórios existenciais acessados na cartografia em torno dos processos de trabalho de profissionais do CAPS ADi, em dois casos emblemáticos atendidos neste estabelecimento, evidenciou uma fraca possibilidade de problematização dos processos de trabalho pensados e desenvolvidos, bem como dos efeitos de subjetivação criados diante das

intervenções feitas no cotidiano do CAPS. Mas também, evidenciou nos grupos focais uma grande potencialidade de reflexão e construção de uma proposta de cuidado mais coletiva e desdobrada na consecução de projetos de vida e não somente de tratamento aos usuários do CAPS.

Esta potencialidade está explicitada no desejo verbalizado pelos profissionais por espaços articulados de conversa, trabalhos em parcerias (duplas) e pelo reconhecimento de que o trabalho em rede é constituído de pessoas e por isso, exige-se que estas façam um movimento na direção do outro, assim como, no reconhecimento da possibilidade/necessidade de cuidado com a própria equipe, o que deve ser mediado por processos auto-analíticos e de análise clínico-institucional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia proposta, nessa investigação, de entrelaçar linhas, caminhos e pensamentos sobre o cuidado a partir do recorte dos processos de trabalho desenvolvidos no cotidiano do CAPS ADi e da utilização da cartografia como pano de fundo para isso, tinha como objetivo evidenciar as relações de entrelaçamento entre o trabalho e o cuidado.

Partiu-se do pressuposto que esses casos emblemáticos nomeados de “difíceis” propusessem desafios à equipe, bem como uma riqueza particular de rotas e caminhos traçados na produção da cartografia do cuidado nesse CAPS ADi.

O estudo baseado na metodologia do “caso traçador” abriu ricas possibilidades de acesso aos processos de trabalho desenvolvidos em cada caso.

O caso traçador permitiu incursões na produção de cuidado nestes casos sob vários ângulos – observações do cotidiano de trabalho, acesso aos prontuários, à fala dos usuários sobre o seu PTI, bem como a fala dos profissionais constituídos em um coletivo. Isso permitiu a construção de uma visão que foi revalidada e refeita em alguns espaços. Além disso, as falas dos profissionais foram refeitas também nos momentos de retomada de informações, propiciando espaços de reflexão que são páreos à complexidade do próprio campo de pesquisa, sem se abster de causar movimentos e novas possibilidades de intervenção neste.

Uma questão refletida que deve ser reforçada sobre os caminhos percorridos foi como a equipe fez referência contínua à importância da constituição de um coletivo de trabalho, como apoiador de angústias e gerador de situações potentes para efetivar o cuidado.

Diante disso faz-se o questionamento de quais os espaços de reflexão o CAPS oferece para esses profissionais pensarem e repensarem

as intervenções feitas e questões a serem retomadas em cada caso já atendido ou em atendimento no estabelecimento.

Outras questões levantadas que se propõem a ficar como inconclusões do estudo, tal como descrevem (BARROS e KASTRUP, 2009), quando falam das possibilidades inerentes à cartografia que podem e ainda devem ser problematizadas no cotidiano do serviço, são:

- a concepção de cuidado que esteve vigente em cada um dos casos emblemáticos revisitados;
- a visão de projeto terapêutico que foi tomada em cada um dos casos emblemáticos, vista a diferença de fazeres pertinentes a cada um deles mesmo diante de demandas parecidas;
- os procedimentos tomados no cuidado aos casos que mobilizam e agenciam sentimentos contraditórios na equipe.

O estudo também propõe uma reflexão acerca das concepções, fazeres e processos que se delineiam em um estabelecimento específico para o cuidado de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Vale problematizar aqui em que concepção está pautada a proposição desse equipamento? Ela se dá sob a lógica da constituição de uma unidade de tratamento em dependência química que compõe um cenário de inúmeras outras instituições que cuidam de partes distintas do sofrimento humano, tais sejam, violência, vulnerabilidade social, dentre outras?

Outra questão é, se a demanda por este estabelecimento que se compromete com um olhar voltado para uma problemática tão complexa e justificadamente passível de cuidado for relevante, como proceder a esse cuidado sem se ater fragmentadamente a mais um aspecto do sofrimento humano, o uso abusivo de drogas?

O que está em jogo na proposição e na operação do cuidado inerente a esse estabelecimento, a lógica da separação pela patologia ou o alcance das dimensões sociais do problema diante das condições de especificidade

da infância e adolescência e vulnerabilidades atreladas ao abuso de drogas nessa faixa etária?

O estudo, na ênfase que dá sobre a questão do desenvolvimento de processos de trabalho e na possibilidade de reafirmação desses voltados para o que há de singular em cada caso atendido no Centro de Atenção Psicossocial ADi também levanta outro questionamento.

Como se pode fazer para superar as barreiras da especialidade e, em alguns casos, da fragmentação que acontece dentre as próprias categorias profissionais que constituem o serviço, nos pequenos coletivos que ali se constroem (equipe de enfermagem e outros profissionais)?

Como fazer para reverter o conhecimento e práticas que se desenvolvem nesses pequenos coletivos em trabalho “interseçor” (sic) a favor de um cuidado que seja singular e inclusivo?

Essas questões são passíveis de reflexão e válidas para ser retomadas e constituídas a partir de outros estudos que as abordem.

9 REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. O adolescente e a liberdade. In: ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. *A adolescência normal*. Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed, 1981. p.13-23.
- ALVAREZ, J. e PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E. KASTRUP, V. e ÉSCÓCIA, L. (Orgs) *Pistas do Método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- AMARANTE, P. D. C. (Org). *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama - ENSP, 1995.
- AMARANTE, P. D. C. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C.; MONTEIRO, T. A política de saúde mental infante – juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. e TANAKA, O. Y. (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. p.33-45.
- ARIES, P. *História social da infância*. 2ª edição. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, Dezembro de 2004, p.16-29. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 06 de abril de 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, Abril. 2007 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26/07/2012
- ASSUMPÇÃO, F. *Psiquiatria infantil brasileira. Um esboço histórico*. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.
- BACKES, D. S.; COLOME, J. S.; ERDMANN, R. H. e LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da saúde*, São Paulo, v.35, n.4, p.438-442., 2011.
- BARROS, L. P. e KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E. KASTRUP, V. e ÉSCÓCIA, L. (Orgs) *Pistas do Método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança. In: CIRINO, Oscar O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento e estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- BERTOLETE, J. M.. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. (Org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1996. p.155-158.

- BERTUSSI, D.; BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.306-324. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Capitulo-16.pdf>>. Acesso em: 03/04/2013.
- BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S. MANGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.
- BOWLBY, J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- BRASIL. Lei.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 01/01/2013.
- BRASIL. Lei 8069, de 13 de julho de 1990b. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 06 de abril de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. *Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2001. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIncsm.pdf>> Acesso em: 12/03/2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília: 2003a. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 12/03/2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf> Acesso em:05/01/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS. Os Centros de Atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf>. Acesso em: 12/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 12/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: 12/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf> Acesso em: 10/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados 7*. Brasília: Ministério da Saúde, nº 7, ano V, *edição especial*, junho de 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 12/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS. As novas fronteiras da reforma psiquiátrica. *Relatório de Gestão 2007-2010*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2011a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 12/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados 8. 2003-2010. Governo Lula*. Brasília: Ministério da Saúde, nº 8, ano VI, janeiro de 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>. Acesso em: 12/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011c Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 05/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.htm> Acesso em: 01/01/2013.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.30, n.3, p. 285-293, 1996.

CASTILHO, E. W. V. A eficácia invertida da internação compulsória. In: LANCETTI, A.; CHIORO, A.; VARGAS, B.; ZAPAROLI, C.; PETUCO, D. R. S.; CASTILHO, E. W. V.; MERHY, E. E.; FURTADO, L. A. C.; OLIVEIRA, M. V.; ROBORTELA, S. *Drogas e cidadania em debate*. 1ª edição. Grupo de Trabalho de álcool e outras drogas. Conselho Federal de Psicologia. Conselho Regional de Psicologia. Brasília – DF, 2012.p.35-37.

CAYRES, A. Z. F. Projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi) no município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. *Dissertação de mestrado*. São Paulo: SP. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2008.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.30, n.4, p.390-8, 2008.

DELEUZE, G. e GUATARRI, F. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro : Ed. 34, 1995.

DELEUZE, G. e PARNET, C. *Diálogos*. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998.

DELFINI, P. S. S. e REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.2; p.357-366, fev, 2012.

DIAS, C. B.; ARANHA E SILVA, A. L. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p.469-475, Junho de 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/32>>. Acesso em: 03/04/2013.

DOMBI-BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M. M.; LESSA, F.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial

infantojuvenis (CAPSi) do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n.2, p.262-268, 2009.

ELIA, L. A rede de atenção na saúde mental: a articulação entre CAPS e ambulatoriais. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE e DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Série B. Textos básicos em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p.49-61.

ELIA, L. Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais. *Texto proposto para a IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL*. Brasília, 2010. p.1-11. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consolidarlucianoelia.pdf>>.

Acesso em: 06/04/2013.

FEUERERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. *Tese de livre docência*. São Paulo: SP. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.

FEUERWERKER, L. M. e MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, R. A.; BATISTA, T. W. F. *Caminhos para a análise das políticas de saúde*, 2011, p. 290-305. Disponível em:<www.ims.uerj.br/ccaps> Acesso em: 10/01/2013.

FERREIRA, F. T. Rizoma: um método para as redes? *Liinc em Revista*, v.4, n.1, março 2008, Rio de Janeiro, p.28-40. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/viewFile/251/142>> p.28-40. Acesso em: 06 de abril de 2013.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2009.

FILIZOLA, C. L. A., MILIONI, D. B. e PAVARINI, S.C.I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n.2, p.491-503, 2008. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>>. Acesso em: 03/04/2013.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P. e CARNEIRO, H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. p.257-290.

FLACH, P. M. V. Rede de atenção psicossocial. Bahia. Centro de Estudos Terapia, Abuso e Drogas – CETAD e Observatório baiano sobre Substâncias Psicoativas – OBSERVA, março a agosto de 2012. *Apresentação digital de aula do curso Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais das Redes SUS e SUAS*.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 22ª edição. São Paulo: GRAAL, 2006b.

FRANCH, M. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de

Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf> Acesso em: 05/01/2013.

FRANCO, T. B. As Redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATOS, R. A. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T. F. e MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf>> Acesso em: 05/01/2013.

FRANCO, T. B. Prefácio. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S. e FERREIRA, V. S. C.(Orgs). *A produção subjetiva do cuidado. Cartografias da Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2009. p.13-17.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; ANDRADE, C. S. e FERREIRA, V. S. C. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S. e FERREIRA, V. S. C.(Orgs). *A produção subjetiva do cuidado. Cartografias da Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2009. p.19-44.

FREITAS, M. C. A criança problema: formas de coesão contra o pobre e formas partilhadas de preterição social. In: MOTA, A. e SCHRAIBER, L. B. (Orgs) *Infância e Saúde. Perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2009.p.60-88.

FURTADO, L. A. C.; ZAPAROLI, C.; CHIORO, A. e ROBORTELA, S. Política de atenção e prevenção às pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas no município de São Bernardo do Campo - SP. In: LANCETTI, A.; CHIORO, A.; VARGAS, B.; ZAPAROLI, C.; PETUCO, D. R. S.; CASTILHO, E. W. V.; MERHY, E. E.; FURTADO, L. A. C.; OLIVEIRA, M. V.; ROBORTELA, S. *Drogas e cidadania em debate*. 1ª edição. Grupo de Trabalho de álcool e outras drogas. Conselho Federal de Psicologia. Conselho Regional de Psicologia. Brasília – DF. p.53-61.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa ciências sociais e humanas*. Série Pesquisa em Educação. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades: São Bernardo do Campo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354870>>.

Acesso em: 01/01/2013.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R. e BESSET, V. L. (Orgs). *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, 2008.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.10, n.15, p-124-136, Jun.2004.

- KNOBEL, M. Síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. *A adolescência normal*. Porto Alegre: Artmed, 1981. p. 24-59.
- LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- LAURIDSEN-RIBEIRO, E. e TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: _____. (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. p.147-169.
- MACHADO, A. R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. *Dissertação de mestrado*. Belo Horizonte: MG. Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
- MACHADO, A. R. e MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul –set. 2007.
- MARAZINA, I. V. *A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil*. São Paulo: USP, 2011. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011.
- MARCILIO, M. L. *História social da criança abandonada*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MARTINES, W. R. V. O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer: uma cartografia. *Tese de doutorado*. São Paulo: SP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.
- MENDES, A. M. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In: MENDES, Ana Magnólia (Org). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: All Books/Casa do Psicólogo, 2007. p.49-61.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M., STEFANO, E., STEFANO, M. E., SANTOS, C. M., RODRIGUES, R. A. e OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.
- MERHY E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T.; Santos, A. F.; CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). *Sistema Unico de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/perda.pdf> > Acesso em: 10/01/2013.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, Rosana (Orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2002a.
- MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002b.

- MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez.2003.
- MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 08/01/2013.
- MERHY, E. E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.uff.br/micropolitica/> 2007>. Acesso em: 26/07/2012.
- MERHY, E. E. e FEUWERWERKER, L. C. M. Novas tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S. e GOMBERG, E. (Orgs). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristovão: Editora UFS, 2009.p.29-56
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (Org) *Drogas e cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- NASCIMENTO, D. M. M.; ADÃO, J. A.; COELHO, R. F. S. e MION, M. P. Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas Infantojuvenil CAPS AD i III. *Apresentação digital realizada durante a visita de representantes da ONU ao CAPS AD i III*. Outubro de 2012. São Bernardo do Campo – SP.
- OLIVEIRA, G. N. *O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*.Campinas: UNICAMP, 2007. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas: SP, 2007.
- PASSETTI, E. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORI, M. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto, 1999.p.347-375.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCOSSIA, L. (2009) Apresentação. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. Pistas do método da cartografia:pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.p.7-16.
- PELBART, P. P. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- PINTO, D. M.; BESSA-JORGE, M. S.; PINTO, A. G. A. VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T. e ANDRADE, A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 3, Jul-Set. 2011. p.493-502.
- PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Disponível em:< <http://www.saobernardo.sp.gov.br>>. Acesso em 01/01/2013.
- REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARRETO, C. e BERTOLINO-NETO, M. M. Breve história da saúde mental infanto-juvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. e TANAKA, O. Y. (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010a. p.109-130.

- REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARRETO, C. e OLIVEIRA, M. F. A. P. B. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidas em Centros de atenção psicossocial infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. e TANAKA, O. Y. (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010b. p.186-210.
- REIS, A. O. A. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Estado de São Paulo. *Tese de livre docência*. São Paulo: SP. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.
- RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M. e SEHNEM, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.7, n.4, p. 779-786, Out-Dez 2008.
- ROCHA, R. M.. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto contexto - Enfermagem*. Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-357, Setembro de 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a05.pdf>>. Acesso em: 03/04/2013.
- ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- ROMANINI, M. e ROSO, A.. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a07.pdf>>. Acesso em: 03 de abril de 2013.
- ROTELLI, F.; A instituição inventada. In: NICACIO, F. (Org) *Desinstitucionalização*. São Paulo, Editora Hucitec, 1990, p.89-100.
- ROVERE, M. Redes em salud. *Um nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones e La comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/ AMR, Instituto Lazarte (reimpressão).1999.
- SANTOS, M. A. C. Da criança ao menor: notas sobre a criminalização da infância em São Paulo na passagem do século XIX ao XX. In: MOTA, A. e SCHRAIBER, L. B. (Orgs) *Infância e Saúde. Perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec /FAPESP, 2009.p.89-117.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde. *Manual de atenção à saúde do adolescente*. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.
- SARACENO, B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora. Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, 2ª edição, 2001, 178p.
- SARTI, T. D. A (Bio)política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida. *Projeto de doutorado*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012. São Paulo: SP. No Prelo.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental –

- Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial., 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf> Acesso em: 10/01/2013.
- SOARES, R. D; BRUSAMARELLO, T.; VILLELA, J.C.; MAFTUM, M. A. e BORBA, L. O. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 110-115, Jan-Março de 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/16.pdf>>. Acesso em: 03 de abril de 2013.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.
- TELLES, H. P. R. S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. e TANAKA, O. Y. (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 131-143.
- WIKIPEDIA. A Enciclopédia livre. São Bernardo do Campo. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_Bernardo_do_Campo> Acesso em: 01/01/2013.
- ZERBETTO, O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.13, n.1, p. 99-109, jan – março 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a11.htm>>. Acesso em: 03 de abril de 2013.
- WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1958/2000.
- YASUI, S. e COSTA-ROSA, A. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.27-37, Jan/Dez 2008.

10 ANEXOS

ANEXO 01: ROTEIRO PARA DISCUSSÕES TEMÁTICAS NOS GRUPOS FOCAIS COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os dados a seguir foram coletados em uma reunião geral com a equipe para a escolha dos casos emblemáticos e em reuniões de grupo focal que discutiram esses casos com os profissionais.

O roteiro para discussões temáticas servirá de apoio à discussão dos casos emblemáticos estudados.

PARTE 1. DEFINIÇÃO DOS CASOS EMBLEMÁTICOS A SER DISCUTIDOS

[Objetivo: pretende-se estabelecer os casos a ser estudados].

A equipe definirá os casos emblemáticos do tipo 1, 2 e 3 e justificará a sua opção. Outros critérios ditados pelo pesquisador que serão levados em consideração pelos profissionais na escolha dos casos:

- 1) Casos de usuário que frequentaram/ estivessem frequentando o CAPS ADi por pelo menos seis meses e,
- 2) Cada usuário (caso emblemático) ter tido contato com pelo menos 03 profissionais da equipe que fizessem parte do grupo de trabalhadores participantes dos grupos focais.

- Eleger três tipos de caso emblemático: 1) que tenha sido difícil, mas com um desfecho satisfatório; 2) que tenha sido difícil e com um desfecho não satisfatório e 3) que tenha sido difícil e

independentemente de ter sido avaliado com satisfatório ou não, é representativo da maioria dos casos atendidos no CAPS ADi .

- Qual o caso que mais mobilizou vocês dentre os escolhidos?
- Por que esse caso mobilizou tanto vocês?
- O que ele mobilizou na equipe?

PARTE 2. CARACTERIZAÇÃO DO CASO.

[Objetivo: pretende-se caracterizar o caso e conhecer as especificidades e singularidades que o caso propôs à equipe]

- 1) Quem era e como a usuária do caso escolhido chegou ao CAPS ADi?
- 2) Quais as principais demandas/ queixas e situações que o usuário trouxe?

PARTE 3. IDEIAS, MODALIDADES DE CUIDADO E MICROPOLÍTICA DO TRABALHO

[Objetivo: pretende-se levantar quais as ideias relacionadas ao cuidado e como essas estiveram subjacentes às ações pensadas e efetivamente realizadas no atendimento do caso]

- 3) Qual o projeto terapêutico pensado para ela? Por quê?
- 4) Como se deu a efetivação deste?
- 5) Como lidaram com as questões adversas propostas pelo cotidiano de trabalho na efetivação do cuidado?

PARTE 4. IMPLICAÇÃO E SUBJETIVAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO

[Objetivo: pretende-se desvelar como os trabalhadores implicaram-se na produção do cuidado em saúde]

- 6) Se e como os profissionais se viram afetados com o caso?

ANEXO 02: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO

Os dados a seguir foram coletados a partir do contato com os usuários (escolhidos como casos emblemáticos a se discutidos no grupo focal) de forma individual acompanhados de seus responsáveis, preferencialmente em um espaço diferente da instituição e/ou escolhido pelos sujeitos.

Instruções a ser lidas para os usuários que responderão as perguntas da entrevista.

Olha, eu estou aqui por conta de uma pesquisa que se chama: “Os Processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência” no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, financiado pelo CNPq. Eu gostaria de saber como foi seu tratamento no CAPS ADi.

Para isso, você não precisa se identificar, mas peço que responda todas as questões.

- *Você se lembra e pode me contar porque você deu entrada/ chegou ao CAPS ADi?*
- *O que você foi fazer lá?*
- *Como foi o tratamento que você recebeu?*
- *Você acha que o tratamento que você recebeu te ajudou? Como?*
- *Você se lembra que tipo de atividades você fez? Em que essas atividades te ajudavam?*
- *Porque você deixou de vir no CAPS ADi?*
- *Você ainda vê as pessoas que trataram de você? Você ainda faz alguma atividade com elas? Quais?*

- Você pensa que está bem hoje? Por quê? O CAPS ADi te ajudou nisso?

Esse roteiro é um instrumento que servirá como ponto de partida para uma entrevista clínica. A entrevista, realizada numa linguagem acessível à criança/adolescente foi definida em termos concisos para a perspectiva da criança/adolescente.

As questões que constituem os elementos provocadores da entrevista visam contemplar as seguintes interrogações:

- 1) Motivo que levou a criança/adolescente ao CAPSi.
- 2) Adequação ao cuidado ofertado à demanda externa apresentada.
- 3) Definição de cuidado recebido e sua justificativa.
- 4) Condições de saúde atual e a relação desta com o trabalho ainda ofertado/que foi ofertado.

ANEXO 03: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (PROFISSIONAIS)

Título da Pesquisa: “Os Processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência”.

Pesquisador responsável: Isabella Teixeira Bastos. RG. 2853440

Meu nome é Isabella Teixeira Bastos, sou psicóloga, faço mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do professor Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis do Departamento de Saúde Materno-Infantil desta faculdade.

Venho por meio desse, convidar você para participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer o trabalho que está sendo realizado por uma equipe de CAPS ADi em saúde mental. Para isso, será aplicado um formulário para caracterização dos profissionais que atuam no referido estabelecimento, bem como, serão realizados momentos de discussão em grupo focal, totalizando de seis a sete reuniões. A aplicação do formulário deve ocorrer em aproximadamente trinta minutos, a fim de não concorrer com as atividades desenvolvidas no estabelecimento de saúde e os grupos focais, que tem como objetivo, revisar três casos emblemáticos que foram ou estão sendo atendidos no CAPS ADi durarão aproximadamente 1 hora e 30 minutos cada.

Ao participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas tendo garantido o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas. Ademais, você tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o desenvolvimento de suas funções no CAPS ADi. Você poderá também, a qualquer momento, pedir maiores informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do

telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais ou oferecerá riscos à sua integridade, não lhe trazendo também nenhum benefício direto de cunho financeiro ou de outro tipo; assim como, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. Entretanto, esperamos que esse estudo forneça informações importantes sobre os processos de trabalho dos serviços pesquisados favorecendo os profissionais e usuários do sistema de saúde.

Comprometo-me a divulgar os resultados finais da pesquisa neste estabelecimento de saúde.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para realização de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma voluntária e esclarecida para participar desta pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

- Mestranda: Isabella Teixeira Bastos. Rua Oscar Freire 1754, apt 105. Bairro: Pinheiros. São Paulo – SP. Telefone residencial: 43244736. Celular: 987232898.
- Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703. E-mail: albereis@usp.br
- Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: Prof. Assoc. Cláudio Leone. Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

ANEXO 04: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (USUÁRIOS/RESPONSÁVEIS)

Título da Pesquisa: “Os Processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência”.

Pesquisador responsável: Isabella Teixeira Bastos. RG. 2853440

Meu nome é Isabella Teixeira Bastos, sou psicóloga, faço mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do professor Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis do Departamento de Saúde Materno-Infantil desta faculdade.

Venho por meio deste, convidar você para participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer o trabalho desenvolvido em um estabelecimento em saúde denominado CAPS AD I e III, no qual seu filho(a) obteve cuidados em saúde mental. Para isso, será realizada uma entrevista com o adolescente/ criança a fim de que conversemos sobre o atendimento prestado na referida instituição estudada. Esta entrevista terá a duração de aproximadamente trinta minutos, a fim de não concorrer com as atividades cotidianas do adolescente/ criança entrevistado.

Ao autorizar a participação de seu filho(a) neste estudo você permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas para fins científicos tendo garantido o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas. Ademais, você tem a liberdade de se recusar a participação de seu filho(a) e ainda recusar a continuidade da participação em qualquer fase da pesquisa. Você poderá também, a qualquer momento, pedir maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais ou oferecerá riscos à sua integridade, não lhe trazendo também nenhum benefício direto de cunho financeiro ou de outro tipo; assim como, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre os processos de trabalho dos serviços pesquisados favorecendo os profissionais e usuários do sistema de saúde.

Comprometo-me a lhe divulgar os resultados finais desta pesquisa.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para realização de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma voluntária e esclarecida para participar desta pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

- Mestranda: Isabella Teixeira Bastos. Rua Oscar Freire 1754, apt 105. Bairro: Pinheiros. São Paulo – SP. Telefone residencial: 43244736. Celular: 987232898.
- Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703. E-mail: albereis@usp.br
- Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: Prof. Assoc. Cláudio Leone. Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

ANEXO 05: ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO – COTIDIANO DA INSTITUIÇÃO

Os dados a seguir foram coletados por meio do registro de informações obtidas na unidade a partir de um diário de campo, no cotidiano do serviço.

Os itens servirão como tópicos a cada grupo de questionamentos e se basearam nas questões propostas por Merhy (2002b) quando discute a importância de reconhecer o território macro a que a instituição está adstrita na utilização do método da cartografia do trabalho em ato.

- Que tipo de relações o CAPS ADi estabelece com os usuários/equipamentos do território?
- Registro de situações pertinentes ao cotidiano de trabalho, de como se processa o cuidado, nos dias em que o pesquisador frequenta a instituição. Essa observação tomará como base as seguintes questões: 1) Relação entre os profissionais; 2) Relação entre profissionais e usuários; 3) Questões relacionadas às práticas de cuidado; 4) Outras questões que achar relevante.

ANEXO 06: FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO CAPS ADi

Os dados a seguir serão coletados na aplicação de um formulário a todos os profissionais do CAPS ADi.

Esse formulário tem como base o estudo/ caracterização dos profissionais que trabalham em determinado CAPS ADi atrelado ao estudo.

Instruções a ser lidas para os trabalhadores que preencherão os dados.

Prezados,

O seguinte formulário é parte do estudo por mim desenvolvido intitulado: “Os Processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência” no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, financiado pelo CNPq. A finalidade da pesquisa é investigar os processos de trabalho presentes na produção de cuidado em um CAPS ADi.

Ao preencher os dados desse formulário você contribuirá para ampliação do conhecimento científico em sua área de trabalho, o que poderá reverter em benefícios a você e aos seus colegas.

Para isso, você não precisa se identificar, mas peço que preencha todas as questões.

Dados pessoais:

Sexo: ____/ Idade: ____

Dados profissionais:

Formação: _____

Onde estudou: _____

Instituição: ☐ publica ☐ particular

Pós – graduação ☐ Sim ☐ Não. Se sim, especifique _____

(Até 03 mais significativas para a área)

Há quanto tempo é formado? _____. Outros cursos de formação: _____

(Até 03 mais significativos para a área)

Já trabalhou em CAPSi ou ADi antes? ☐ Sim ☐ Não

Qual _____ função
exerce? _____.

Há quanto tempo trabalha no serviço público?
_____.

Trabalha em outro local além deste CAPS? Sim () Não ()

Qual? _____

Antes de trabalhar no CAPS ADi, teve experiência anterior na área da saúde da criança e do adolescente/saúde mental/ álcool e drogas? Sim () Não ()

Qual? _____

(Até 03 mais significativas para a área)

Como começou a trabalhar neste CAPS ? Porque permanece?

Você gosta de trabalhar com o que e onde trabalha?

Você se sente reconhecido naquilo que faz? () Sim () Não

Pelo usuário? (O que lhe agrada e o que lhe desagrada?)

Pelo gestor? (O que lhe agrada e o que lhe desagrada?)

Pela equipe? (O que lhe agrada e o que lhe desagrada?)

Como você acha que se implica neste trabalho?

Quais os aspectos que você considera mais importantes no processo de cuidado ao usuário? Você acha que consegue desenvolver estes aspectos na sua prática? Como?

ANEXO 07: APROVAÇÃO DO COMITE DE ETICA DA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA

Título: Os processos de trabalho na construção da dimensão do cuidado em saúde mental Infantojuvenil.

Área Temática:

Pesquisador: Isabella Teixeira Bastos

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

CAAE: 01606212.8.0000.5421

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 48303

Data da Relatoria: 22/06/2012

Apresentação do Projeto:

A assunção do Estado às práticas de cuidado à infância, o surgimento de conhecimentos específicos acerca do desenvolvimento infantil e, principalmente os movimentos reformadores da década de 80 no Brasil a construção do Sistema único de Saúde, reformas sanitária e psiquiátrica - reivindicaram um novo olhar em torno do cuidado do sofrimento psíquico infantil. Sob esse prisma a configuração local desigual e a constituição relativamente nova do modelo de atenção nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, se apoiam nos processos de trabalho operados para a consecução dos serviços, o que remete a necessidade de investigação desses processos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Evidenciar a relação entre as modalidades de produção de cuidado em saúde mental e os processos de trabalho desenvolvidos em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Objetivo Secundário: 1. Identificar concepções e modalidades de cuidado declaradas e praticadas pelos profissionais de CAPSi. 2. Tipificar as relações de trabalho inerentes a produção do cuidado dos profissionais entre si e destes com os usuários em CAPSi. 3. Investigar a implicação subjetiva do trabalhador nos processos de trabalho. 4. Caracterizar as articulações existentes entre o cotidiano de trabalho e a produção de cuidado em CAPSi.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisa de risco mínimo a ser realizado com profissionais de nível médio e superior trabalhadores de saúde que atuem na área da saúde mental em CAPSi.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto parece ser exequível. Porém a falta do projeto não me permitiu fazer comentários e nem considerações. Não pude avaliar melhor a exequibilidade, pois não tive acesso a informações entre outras de melhor detalhamento da metodologia como maior precisão do local da pesquisa e também senti falta para do cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Bem escrito com todas as informações necessárias para um TCLE.

Recomendações:

Recomendo que em uma próxima submissão você anexe o projeto de pesquisa, pois facilitará ao parecerista uma melhor opinião.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pondero pela aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

02 de Julho de 2012

Assinado por:
Claudio Leone

ANEXO 8: CURRICULO LATTES PESQUISADORA.

Alberto Olavo Advincula Reis

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>

Última atualização do currículo em 04/04/2013

Possui graduação em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), mestrado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Atualmente é professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, caps, adolescente, saúde pública e adolescência. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Alberto Olavo Advincula Reis
Nome em citações bibliográficas	REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr Arnaldo 715 2º andar Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667126 Fax: (11) 30850240 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2010	Livre-docência. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA. Título: SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Ano de obtenção: 2010. Palavras-chave: Saúde mental; Saúde Coletiva. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Mental. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem.
1989 - 1993	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, Ano de obtenção: 1993. Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga. Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1974 - 1977	Mestrado em Psicologia. Université Paris Diderot, PARIS 7, França. Título: Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile., Ano de Obtenção: 1977. Orientador: MarieAnne Martin.

ANEXO 09: CURRICULO LATTES ORIENTADOR.

Isabella Teixeira Bastos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5505943494934268>

Última atualização do currículo em 14/04/2013

Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública - USP (2013). Especialista em Neuropsicologia e em Saúde Mental pelo IPQ (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina) (2011). Cursou lato sensu em Psicologia Clínica Institucional pela Universidade Federal do Amazonas (2008). É Psicóloga pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo/RP (2002). Tem experiência na área de Saúde e Educação. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Isabella Teixeira Bastos
Nome em citações bibliográficas	BASTOS, I. T.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2011 - 2013	Mestrado em Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: Os Processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência, Ano de Obtenção: 2013. Orientador: 🧐 Alberto Olavo Advíncula Reis. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; Saúde Mental; Produção de cuidado em saúde; processos de trabalho.
2006	Especialização em andamento em Psicologia Clínica Institucional. (Carga Horária: 360h). Universidade Federal do Amazonas, UFAM, Brasil. Título: Análise das vivências prazer-sofrimento em educadores atendidos no Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Amazonas.. Orientador: Rosângela Dutra de Moraes.
2004 - 2006	Especialização em Informática e Educação. (Carga Horária: 420h). Universidade Federal de Lavras, UFLA, Brasil. Título: Um olhar sobre o entrelace da formação profissional e prática pedagógica em educação a distância (EAD). Orientador: Rêmulo Maia Alves.
2003 - 2003	Especialização em Educação e Formação de Recursos Humanos. (Carga Horária: 374h). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUC Campinas, Brasil. Título: PROJETO DE PESQUISA: A (re)construção da identidade profissional de docentes no contexto da universidade, em relação às práticas desenvolvidas no trabalho com tecnologias de educação a distância. Orientador: Suelly Galli Soares.
2010 - 2011	Aperfeiçoamento em Prática Neuropsicológica na Instituição Psiquiátri. (Carga Horária: 600h).