UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINA SANTOS DE SOUZA

PROCESSOS DE TRABALHO [NO CAMPO PSICOSSOCIAL] DE UMA EQUIPE DE REFERÊNCIA DO CAPS III

Percursos a para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço

São Paulo

2011

ANA CAROLINA SANTOS DE SOUZA

PROCESSOS DE TRABALHO [NO CAMPO PSICOSSOCIAL] DE UMA EQUIPE DE REFERÊNCIA DO CAPS III

Percursos a para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço

Área de Concentração: **Enfermagem Psiquiátrica**

Orientadora: **Profª Drª Ana Luisa Aranha e Silva**

São Paulo

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Souza, Ana Carolina Santos de
Processos de trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência de um CAPS III: percursos para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço / Ana Carolina Santos de Souza . -- São Paulo, 2011
123 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Ana Luisa Aranha e Silva

1. Desinstitucionalização 2. Reabilitação psicossocial 3. Saúde mental 4. Pesquisa qualitativa I. Título.

ANA CAROLINA SANTOS DE SOUZA

PROCESSOS DE TRABALHO [NO CAMPO PSICOSSOCIAL] DE UMA EQUIPE DE REFERÊNCIA DO CAPS III

Percursos a para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde Mental e Enfermagem

Orientadora: Profª Drª Ana Luisa Aranha e Silva

São Paulo

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Carolina Santos de Souza

Título: Processos de Trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência de um CAPS III: percursos para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Instituição: _____

Instituição: _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho **a meus pais**, que me ensinaram a questionar e sempre tentar mudar a realidade.

Para minha irmã **Patrícia** (em memória), que sempre quis mais.

Para meu sobrinho **Heitor**, que com todas as suas potências nos faz querer ver o amanhã.

Para todos os trabalhadores e usuários de saúde mental, que lutam pela possibilidade de formas mais democráticas de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Ana Luisa Aranha e Silva**, por acolher aquilo que era imprevisível e me ensinar com tanta maestria. A cada encontro nosso, eu saía transformada. Obrigada por tanta paciência!

À Márcia Aparecida, que foi parceira, amiga e professora. Que com tanta leveza me acolheu e me apoiou.

À Luciana Colvero e Fernanda Nicácio, sempre muito delicadas, pelas sugestões que tanto enriqueceram este trabalho no Exame de Qualificação.

À **Maria Luiza da Silva**, que publicizou sua vida e tanto nos ensina.

A Poliana, Helena e Adalberto. Sem vocês este trabalho não teria acontecido! Obrigada à Érika, que também engendra processos de trabalho.

Agradeço especialmente à Silvana e Lívia, que compreenderam as necessárias ausências. Aos colegas de trabalho, pela flexibilidade.

À Anna Luiza, linda, sempre muito gentil e acolhedora, me fez acreditar que tudo daria certo.

À Fabiana Lucena, que não deixou nada se repetir!

A Marcello e Betânia, que sempre com um sorriso no rosto me impulsionavam. Vocês são fantásticos!

À D. Malu, pelas ricas correções ortográficas. Ao Jamil, pelas correções nas referências bibliográficas.

A Waldez, Rita, Vanessa e Juliana, que mesmo distante me passam confiança e não me deixam cair.

Ao Thiago, que entende as ausências e constrói fluxogramas como ninguém! Seu carinho fez a caminhada ficar mais suave.

À minha torcida organizada particular: Mara, Ângela (Anginha), Rafinha, Vovó Lenira, Tia Sula, Tio Bego, Tia Ana, Tia Cleide, Tia Luzia, Titio Carlinhos, Tio Petrônio, Kathinha, Nathalie e Henrique. Que sempre acreditam em mim, me apóiam, e cujo orgulho me faz querer sempre mais!

À Vanessa (moreka), por existir na minha vida, sempre.

Muito obrigada a todos!

Souza ACS de. Processos de Trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência de um CAPS III: percursos para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço. [mestrado] Escola de Enfermagem da USP.

RESUMO

Esta pesquisa tomou como objeto de estudo os processos de trabalho e a relação entre atores (trabalhadores e usuária) que guiou a construção do projeto terapêutico singular ou projetos para a vida de Maria Luiza da Silva, nome que a usuária do serviço escolheu para ser identificada. Preocupou-se em saber se esses processos de trabalho e as relações produziram emancipação ou subordinação, analisados à luz do referencial teórico da reabilitação como cidadania. A presente pesquisa é um estudo qualitativo do tipo estudo de caso observacional. Utilizou como estratégia metodológica para captação dos processos de trabalho o fluxograma descritor (que se mostrou um instrumento eficaz), cumpriu a orientação metodológica da sua construção coletiva, buscando no registro da memória da equipe de referência, no prontuário e no diário de bordo da pesquisadora, os passos seguidos pela usuária. Os processos de trabalho captados por meio do fluxograma descritor foram: Promover adesão ao serviço e vinculação com equipe de referência; Mediar problemas de moradia: conseguir vaga em albergue e alugar vaga em quarto; Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada; Mediar o processo de resgate do vínculo com familiares; Mediar a procura por curso profissionalizante; Mediar a relação com as proprietárias dos quartos; Ajudar a organizar o cotidiano; Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal e Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado. Constatou-se que todos os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de referência foram acionados pelas necessidades da usuária, portanto, aferiu-se centralidade na usuária para a produção da ação de saúde. A análise indica clareza e pertinência com relação aos instrumentos de intervenção engendrados, mas observa-se que as finalidades não ficam claramente definidas em todos os processos de trabalho. Ao final da análise constata-se um objeto de intervenção - uma Maria Luiza protagonista, questionando seu PTS. A equipe de referência, neste processo de trabalho, em particular, radicaliza a forma de organização dos saberes, como deve ser no campo psicossocial, e sustenta que quem sabe de suas necessidades é o sujeito que as porta. O instrumento de intervenção, no caso, foi o vínculo e a inclusão do seu saber laico, leigo, não codificado. A finalidade deste processo de trabalho, em particular, é uma diretriz da Reforma Psiquiátrica e do SUS: dialogar com uma cidadã.

Palavras-Chave: Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial, Fluxograma descritor, CAPS III, Reabilitação como cidadania, Processos de trabalho em saúde mental.

Souza ACS de. Processes of work [in the psychosocial field] of a reference team of a CAPS III: paths for the shared construction of projects of life of a user of the service. [mestrado] Escola de Enfermagem da USP.

ABSTRACT

The object of study of this research is the process of work and the relations between actors (workers and user of a mental health service) that guided the construction of the singular therapeutic project, or projects for the life of Maria Luiza da Silva, name that the user of the service chose to be identified. The researchers aimed to know if theses processes and the relations established produced emancipation or subordination, analyzed under the theoretical reference of rehabilitation as citizenship. The present research is a qualitative study, of the observational case study type. A describer fluxogram was used as methodological strategy for capturing the processes of work (It has shown as a useful instrument), all the methodological orientation was followed for the collective construction of the fluxogram, collecting the information from the memory of the workers, the chart and the board diary built by the researcher, for the construction of the steps of the user of the service. The processes of work captured by the describer fluxogram were: Promoting adherence to the service and connection to the reference team; Mediate the problems of housing: getting vacancies in albergues and vacancy in rooms; Provide the access to the BPC; Mediate the rescue of the relations with family; Mediate the search for professionalizing courses; Mediate the relation between the landladies; Helping with the every day organization; Helping getting an informal job vacancy and Reorient the shared singular therapeutic project. It was realized that all the processes of work developed by the reference team were started by her needs, therefore, it was checked the centrality in the user of the service for the construction of actions in health. The analysis points to the clarity and coherence related to the instruments for intervention generated, but it is possible to observe that the goals are not clearly defined in all the processes of work. By the end of the analysis it is possible to realize an intervention object – a protagonist Maria Luiza, questioning her singular therapeutic project. The reference team, in this process of work in particular, radicalizes the way the knowledge is organized, as it is supposed to be in the psychosocial field, and sustains that who knows about one needs is the own person who needs. The instrument of intervention, in this case, was the connection and the inclusion of her secular and layman knowledge, un-codified. The goal of this process of work in particular, is a direction of the Brazilian Psychosocial Reform and the SUS: conversing with a citizenship.

Key-words: Deinstitutionalization, Psychosocial Field, Describer fluxogram, CAPS III, Rehabilitation as citizenship, Processes of work in mental health.

SUMÁRIO

1. Organização dos processos de trabalho [no campo psicossocial] nos CAPS III: um desafio para as equipes de saúde mental 1

2. Objetivos 16

3. Métodos 17

3.1 Tipo de Estudo 17

3.2 Fontes, procedimentos de coleta e análise dos dados empíricos 19

a. As fontes dos dados empíricos 19

b. O fluxograma descritor: estratégia metodológica para captação dos processos de trabalho. 22

c. Procedimento de análise dos dados empíricos: análise de enunciação 26

d. Procedimentos éticos 28

3.3 Cenário do estudo: O CAPS III 29

3.4 Referencial Teórico: Da reabilitação psiquiátrica à reabilitação como cidadania 33

4 Resultados e discussões 46

4.1 Maria Luiza da Silva 46

4.2 A construção do projeto terapêutico singular relaciona-se com as políticas públicas e o projeto coletivo institucional 50

4.3 Fluxograma descritor: uma estratégia metodológica para captar *ruídos* e *nós críticos* para guiar os processos de trabalho de uma equipe de referência do CAPS III 54

4.4. Processos de Trabalho dessa equipe de referência do CAPS III para a construção compartilhada de projetos para a vida da Maria Luiza 62

a. Processo de Trabalho: Promover adesão ao serviço e vinculação com equipe de referência ... 66

b. Processo de Trabalho: Mediar problemas de moradia: conseguir vaga em albergue, alugar vaga em quarto 71

c. Processo de Trabalho: Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada 74

d. Processo de Trabalho: Mediar o processo de resgate do vínculo com familiares 78

e. Processo de Trabalho: Mediar a procura por curso profissionalizante 81

f. Processo de Trabalho: Mediar relação com as proprietárias dos quartos 84

g. Processo de Trabalho: Ajudar a organização do cotidiano 87

h. Processo de Trabalho: Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal 90

i. Processo de Trabalho: Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado..... 93

5. Considerações finais ou sobre a recomposição dos processos de trabalho no campo psicossocial 96

6. Referências bibliográficas 103

Anexos 108

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuário

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

Anexo 3: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – SMS de São Paulo

Anexo 4: Aprovação do gerente do serviço

1. Organização dos processos de trabalho [no campo psicossocial] nos CAPS III: um desafio para as equipes de saúde mental

Há uma produção científica sobre políticas públicas e modelos de atenção em saúde mental no Brasil que tem se encarregado de documentar o processo de construção da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Autores como Barros (2007), Aranha e Silva (2006), Nicácio (2003), Gondim (2001), Jorge (1997), Amarante (1995), entre outros, exploram tal processo histórico demonstrando que transformações no âmbito da assistência, da invenção de novos e diferentes dispositivos de intervenção e a elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde mental no Brasil são frutos do processo que se iniciou no final da década de 1970, no interior do movimento de redemocratização do país, protagonizado pelos movimentos sociais organizados, em especial o da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

No campo da saúde mental, as lutas no decorrer do Século XX e do atual, dizem respeito à desconstrução do *paradigma da psiquiatria* – cujo "*objeto é a doença"* (Louzã-Neto et. al., 1995), o que indica que seus principais instrumentos de intervenção são a hospitalização e medicalização, seguindo a tradição Pineliana - e à construção, ainda em andamento, do *campo psicossocial* - comprometido com o modelo de atenção operado segundo os eixos da *reabilitação psicossocial como cidadania*, da integralidade do cuidado, do cuidado no território e a eleição da *vida do sujeito com experiência de sofrimento psíquico e sua relação com o corpo social como objeto de intervenção* (Saraceno, 2001; Nicácio, 2003; Aranha e Silva 2005).

Trata-se da mudança do olhar.

Isto porque a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, cuja mudança de paradigma, guiada por *uma nova forma de olhar e cuidar* do fenômeno da loucura, traz para o campo de atenção novos questionamentos e uma constante (re)formulação das práticas (Kinoshita, 2010).

O desafio que o processo de mudança do paradigma centrado na doença (que deve ser desconstruído), para o que concebe a experiência da loucura como parte da existência humana e que deve ser visto como constitutivo daqueles que o portam

> reconfigurou o objeto de intervenção - não mais a doença e sim o sujeito-social com transtorno mental - e, consequentemente, a sua finalidade - não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas - e os instrumentos de intervenção, ou seja, os saberes e as práticas (Barros et al., 2007, p. 816).

Estas transformações trazem para o âmbito das práticas profissionais uma nova configuração de saberes e fazeres, um novo jeito de visualizar as necessidades dos usuários, assim como diferentes estratégias de intervenção, que antagonizam com a forma convencional do cuidado à pessoa com experiência de sofrimento psíquico estabelecidas pelo campo psiquiátrico.

O *objeto de intervenção* (a pessoa com experiência de sofrimento psíquico na relação com o corpo social) convoca *instrumentos de intervenção* complexos e diversificados.

Nestes processos de trabalho a *finalidade* é interferir nos aspectos fundantes da vida em relação, isto é, nas formas de morar, trabalhar e produzir redes sociais, além das vivências próprias da loucura.

São estes os desafios para a construção teórica e prática do campo psicossocial, lugar onde estas intervenções têm assento e sustentação, porque engendra novas práticas e diversificados processos de trabalho (Aranha e Silva, 2005).

O trabalho no campo psicossocial, ou seja, a *organização dos processos de trabalho* no cenário da Reforma Psiquiátrica, deve ser focada na perspectiva relacionada ao *direito* das pessoas com experiência de sofrimento psíquico ao acesso a formas de morar com dignidade, de ter acesso ao trabalho emancipatório e não alienante, e à ampliação das redes sociais.

Estes direitos incluem o cuidado especializado e a centralidade do *processo de trabalho* deve eleger como *objeto de intervenção a história de vida* das pessoas, e não apenas a história da doença das pessoas.

Saraceno (2001) afirma que a partir do momento em que deslocamos a atenção e o olhar das variáveis "psiquiátricas" e levamos em consideração as variáveis "como os contextos dos pacientes e dos serviços" (p.111), acabamos por tornar nossas intervenções "reabilitatórias" mais eficazes, e a possibilidade de êxito é, como o próprio autor cita, decisivamente maior.

Com essa compreensão, e somente com essa, há o estabelecimento do modelo de atenção à saúde mental ocupado com as pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

Entendendo aqui modelo de atenção à saúde como aquilo "que se refere à forma como se organiza a produção de serviços de saúde em função de um determinado arranjo de saberes e projetos de ações específicas, uma intermediação entre o técnico e o político" (Figueiredo, 2007; Campos, 2000).

As transformações ocorridas no âmbito da organização da atenção à saúde mental configuram então, um modelo, que se caracteriza por ser produtor de cuidado, "que é centrado no usuário e suas necessidades", que pode "operar a partir das tecnologias leves e leve-duras"[1] (Franco, 2006, p. 161). Desta forma, o *modelo de atenção* no *campo psicossocial* deve romper com a organização médica do serviço, ser planejado por toda a equipe, realizar-se por meio da divisão não burocrática do trabalho e modificar-se conforme a condução do caso e dos resultados obtidos (Saraceno, 1997; Aranha e Silva, 2003).

Esse modelo de atenção projeta a ação não mais centrada na doença e na tentativa de normalização dos indivíduos, mas lança mão de diferentes estratégias de intervenção que levam em consideração as reais necessidades dos envolvidos. Trata-se de

> negar a doença como o objeto exclusivo de intervenção e colocar neste lugar a vida da pessoa. Eliminada a doença como o foco da intervenção, as possibilidades de ação devem, necessariamente, ser ampliadas. Além do tratamento, a pessoa passa a ser objeto de cuidado: um ser que porta necessidades e não apenas sintomas (Barros et al., 2007, p. 817).

[1] Para maior entendimento acerca das tecnologias duras, leve-duras e leves recorrer a Merhy EE. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

Assim, a *finalidade* da atenção em saúde mental, no campo psicossocial, ultrapassa a preocupação e o desdobramento de ações centradas somente no tratamento e passa a produzir situações que envolvem a possibilidade dos usuários do serviço se apropriarem e re-significarem esta experiência em suas vidas e ter acesso aos direitos de cidadania, individuais e coletivos.

Franco e Magalhães Jr. (2006) afirmam que os processos de trabalho operados por tecnologias leves e leve-duras são condição para que o serviço seja produtor de cuidados e não de dependências:

> A produção de cuidados é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário (p. 129).

No campo psicossocial, o trabalho passa a ser integrado e não compartimentado,

> o processo de trabalho desenvolvido de forma interativa entre os diversos profissionais, formando no espaço do trabalho um ato de interação de saberes e práticas, pode servir de elemento integrador entre os diversos processos produtores de saúde (Franco, 2006).

No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, sob o marco jurídico da Lei nº 10.216, de abril de 2001, que dispõe sobre o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, a Portaria GM nº 336 estabelece que o Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, é o dispositivo articulador da rede de cuidados que agrega uma equipe interdisciplinar integrada, articulada, e não compartimentada, que deve ser capaz de produzir, operar e trocar informações e saberes (Brasil, 2002; Ministério, 2002).

Tais espaços são concebidos como lugares de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhem, cuidam e estabelecem pontes com a sociedade (Rocha, 2005).

A Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, define o CAPS I como o serviço de menor porte, capaz de oferecer resposta às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. O CAPS II é o serviço de médio porte, que dá cobertura a

municípios com mais de 50.000 habitantes e o CAPS III, serviço de maior porte da rede CAPS, é previsto para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, e está presente hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras[2].

Dados do Ministério da Saúde mostram que no Brasil, até o final de 2010, dos 1.620 (mil seiscentos e vinte) CAPS existentes, 55 (cinqüenta e cinco) são CAPS III[3]. Tal número tem crescido desde a implantação da política de desinstitucionalização. Esta modalidade de dispositivo de atenção em saúde mental traz consigo a necessidade de reflexão sobre os processos de trabalho nele desenvolvidos. A particularidade das portas abertas 24 horas por dia pode permitir (mas não exclusivamente aos CAPS III) que demandas antes encaminhadas aos prontos socorros, emergências psiquiátricas e hospital psiquiátrico sejam ai resolvidas.

De fato, a implantação dos CAPS III tem sido um desafio para as equipes de saúde mental. Por isso

> evidencia-se a relevância da compreensão das formas de organização das redes e dos serviços substitutivos, abertos e territoriais de atenção em saúde mental (Nicácio e Campos, 2005, p. 41).

Revendo a bibliografia, a relevância do estudo justifica-se ao confrontar a produção teórica sobre o tema e os desafios a serem enfrentados.

Desta forma, buscou-se em primeiro lugar apreender o que tem publicado no meio científico sobre os Centros de Atenção Psicossocial III. Buscou-se por produções nos principais bancos de dados de artigos científicos da área da saúde: LILACS, PUBMED, MEDLINE e SCIELO, além do banco de teses da Universidade de São Paulo (USP).

Utilizando o termo **"CAPS III"** como palavra-chave, foram encontrados no LILACS 06 (seis) artigos, dos quais apenas 02 (dois) tratavam do tema em questão.

No PUBMED foram encontrados 211 (duzentos e onze) artigos, dos quais apenas 03 (três) abordavam o CAPS III, no entanto 01 (um) deles é o mesmo encontrado no LILACS.

---

[2] A Portaria GM nº 336 também delibera acerca dos CAPS i e dos CAPS ad. Para maiores informações vide: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf Último acesso em: 24/11/09

[3] Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf Último acesso em: 27/02/11.

No MEDLINE não foi encontrado nenhum artigo, assim como no SCIELO. Assim sendo, encontrou-se na literatura um total de 04 (quatro) artigos que abordam a temática em questão.

Dos 04 artigos que abordam o CAPS III encontrados, o primeiro, de 2005, objetivou compreender a dinâmica das relações de trabalho de uma equipe multiprofissional em um CAPS III do município de Santo André, na grande São Paulo[4].

A pesquisa aponta como resultados a necessidade de reuniões de equipe e organização tanto pessoal como coletiva e a necessidade de consenso acerca do modelo assistencial adotado na intervenção no dispositivo aqui em questão.

O segundo artigo, de 2006, teve por objetivo compreender as vivências dos trabalhadores de saúde mental de um CAPS III localizado em Fortaleza – CE[5]. Através de uma abordagem fenomenológica, o estudo, fruto de uma dissertação de mestrado, analisou o discurso dos trabalhadores do CAPS III na tentativa de apreender a forma como os trabalhadores vivenciam a atenção em Saúde Mental no CAPS.

A pesquisa demonstrou que devido a uma heterogeneidade de experiências vividas anteriormente pelos profissionais e também devido à presença de modelos de atenção diferentes (o campo psiquiátrico e o campo psicossocial), os trabalhadores acabam por vivenciar processos de sofrimento psíquico que podem afetar sua intervenção junto aos usuários do serviço.

O terceiro artigo, de 2009, faz uma avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial[6]. O objetivo do estudo foi avaliar os modelos assistenciais, de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede centros de atenção psicossocial. Realizado na cidade de Campinas - SP, o estudo envolveu os 06 (seis) CAPS III do município, incluindo profissionais, gestores, familiares e usuários dos serviços através de grupos focais. Tais grupos visavam à elaboração de um guia de boas práticas em CAPS III.

---

[4] Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 dez; 26(3):369-80.

[5] Garcia MLP, Jorge MSB. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):765-774, 2006.

[6] Onocko Campos R et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):16-22.

O estudo teve como resultados a detecção de pontos fortes e fragilidades no que diz respeito à *atenção à crise*, articulação com a rede básica, formulação de projetos terapêuticos, gestão e organização em equipes de referência, formação educacional e sofrimento psíquico.

A pesquisa concluiu que a organização por técnico e/ou equipe de referência prevalece, assim como a construção de projetos terapêuticos. A redução das *equipes noturnas* desponta como principal problema e fonte de estresse para os trabalhadores. Concluiu também que a formação dos profissionais se mostrou insuficiente para os desafios enfrentados por essas modalidades tão peculiares de serviços.

O quarto e último artigo, também de 2009, aborda as concepções dos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental junto a pessoas com experiência de sofrimento psíquico em um CAPS[7]. O estudo objetivou analisar as concepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a finalidade, o objeto e os instrumentos de trabalho utilizados para desenvolver os cuidados aos sujeitos.

A pesquisa demonstrou que a abordagem do profissional de enfermagem depende da visão de mundo que o mesmo adota diante da concepção do sofrimento psíquico, e que dentro da equipe, as visões são diversas. A autora conclui que há necessidade de investimento na produção de um *corpus* conceitual e de práticas que possibilitem mudanças de posição dos trabalhadores na produção de serviços dos CAPS.

Observa-se que dos 04 (quatro) artigos encontrados, apenas o terceiro considera o cenário da pesquisa - um serviço organizado como CAPS III – como uma categoria fundamental na coleta, na análise dos dados e para a compreensão de como o trabalho se organiza em tal contexto. Os demais artigos não levam em consideração as peculiaridades de tal contexto, e incluem CAPS I e II no cenário de estudo.

[7] Kirschbaum DIR. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. Rev Latino-am Enfermagem 2009 maio-junho; 17(3):368-73.

No banco de teses da Universidade de São Paulo, foram encontradas, utilizando o termo CAPS III, 04 (quatro) dissertações de mestrado e 01 (uma) tese de doutorado que tratam do tema CAPS III.

A primeira aborda a atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial de uma forma geral, incluindo o CAPS III[8]. O estudo objetivou investigar a atuação do enfermeiro na rede CAPS, descrever as atividades realizadas por estes profissionais dentro de tal contexto (CAPS I, II e III), assim como identificar as facilidades e os limites encontrados por eles no desenvolvimento de suas atividades.

Os resultados da pesquisa apontam que a maioria dos participantes possui experiência prévia em saúde mental antes do início do trabalho na rede CAPS, e que mais da metade possui especialização em tal área de atuação. Constatou-se também que a enfermagem tem realizado atividades de assistência direta com a realização de grupos e ações individuais.

A segunda dissertação diz respeito às práticas e processos de trabalho no contexto aqui em questão[9]. A pesquisa tomou o campo de estudo como *lócus* de atenção determinante dos processos de trabalho.

Objetivou descrever as práticas de saúde mental dos trabalhadores do CAPS III, assim como verificar se as práticas se articulam às diretrizes da política de atenção em saúde mental pautada na Reforma Psiquiátrica brasileira, analisando os processos de trabalho desenvolvidos pelos trabalhadores, dentro da perspectiva do campo psicossocial.

Ficou comprovado no estudo que as práticas dos trabalhadores do CAPS III se articulam às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no entanto, há contradições nos elementos constitutivos do processo de trabalho. A pesquisa evidenciou que as práticas não vêm se articulando a um projeto coletivo institucional, apesar das ações serem coerentes com o quadro de referência (o campo psicossocial).

---

[8] Castro TM. Atuação do enfermeiro em centro de atenção psicossocial. [dissertação]. Ribeirão Preto: EERP - USP, 2007.

[9] Figueiredo JA. Práticas e processos de trabalho no centro de atenção psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial. [dissertação]. São Paulo – EEUSP, 2007.

Constatou-se, ainda, a necessidade de maior formação dos profissionais no que diz respeito ao projeto coletivo institucional, objetivando qualificar a força de trabalho do CAPS III.

A terceira dissertação investigou forma de organização do trabalho num empreendimento econômico solidário, EES, incubado num Centro de Atenção Psicossocial III[10]. A pesquisa objetivou documentar o processo de concepção, construção e consolidação do EES, compreender a forma de organização do trabalho e identificar as transformações que esse trabalho produz na vida das pessoas.

Os resultados demonstraram o processo de superação de um projeto de geração de trabalho e renda para a organização do trabalho como um EES, orientado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária. Detectou-se os ganhos materiais: retiradas que garantem renda média mensal em dinheiro usada para consumo (alimentação, eletrodomésticos, cosméticos, vestuário, lazer) e reprodução social (aluguel, luz, telefone, educação, saúde); e também ganhos imateriais: ganhar conhecimento, perder a timidez, ignorar certas coisas, falar melhor com as pessoas, pensar mais em si, aprendizagem, cuidado, trabalhar em equipe, socializar com as pessoas, pensar no coletivo, entre outros ganhos.

A pesquisa demonstrou que a experiência de trabalho no EES possibilitou o acesso a novos itinerários, ao direito ao trabalho e a construção de um novo olhar para experiência da loucura no imaginário coletivo.

O quarto e último estudo de mestrado investigou a construção dos projetos terapêuticos realizados pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III[11]. Objetivou analisar e descrever as potencialidades e dificuldades na construção dos projetos terapêuticos realizados pelos profissionais de um CAPS III.

---

[10] Ballan C. O Livro das Receitas d'O Bar Bibitantã: conquistas e desafios na construção de um empreendimento econômico solidário na rede pública de atenção à saúde mental no Município de São Paulo. Dissertação(Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo. 2010.

[11] Mororo MEM. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

O estudo constatou que os principais desafios a serem enfrentados pela equipe na construção dos projetos terapêuticos são: constituição de uma integração efetiva entre os diversos profissionais da equipe e entre os diferentes plantões; organização de espaços sistemáticos para construção e reavaliação dos projetos entre a equipe; real mudança do paradigma sobre o processo saúde-doença ainda enraizado nos pressupostos ao paradigma biomédico; registros mais rigorosos das intervenções dos profissionais nos prontuários, para facilitar a circulação das informações entre a equipe e a tarefa do técnico de referência na composição e reavaliação dos projetos; instituição de espaços de supervisão para trabalhar os sentimentos da equipe no cuidado a pacientes graves.

A tese de doutorado encontrada na pesquisa bibliográfica teve como cenário da pesquisa um CAPS III na cidade de Campinas-SP, e investigou as intervenções no território como uma prática cotidiana do serviço[12].

Trata-se de um estudo de caso que objetivou identificar e discutir as possibilidades das práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários. O estudo conclui que ainda que sejam criados como serviços comunitários e territoriais, os CAPS não o são de imediato, tendo sido então constatada a existência de intervenções voltadas a um cuidado em liberdade, coexistindo com concepções que se pretende desconstruir.

Após revisão bibliográfica sobre a temática dos Centros de Atenção Psicossocial III, utilizando o termo CAPS III, foi feita segunda busca utilizando outros UNITERMOS, uma vez que poucas produções surgiram da primeira busca.

Aplicando os descritores **"serviços 24 horas de saúde mental"** e **"NAPS",** foi feita pesquisa nos mesmos bancos de dados utilizados na pesquisa do descritor CAPS III.

Para a primeira palavra chave não foram encontrados artigos no SCIELO, PUBMED nem no MEDLINE e 02 (dois) artigos foram encontrados no LILACS.

[12] Leão A. O Serviço Comunitário de Saúde Mental: Desvelando a essência do cotidiano das ações no território. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

O primeiro aborda um estudo de caso e definiu princípios de atendimento de um centro de saúde mental 24 horas em Trieste, Itália, considerado o discurso e a prática de profissionais. O autor conclui que a centralidade conferida à pessoa no foco de trabalho e à mudança do lugar social dos usuários de saúde mental, do asilamento nos serviços psiquiátricos para a inserção na comunidade, sugere ser a via por meio da qual se faz a conexão entre os princípios do local investigado e o contexto cultural em questão[13].

O segundo é uma dissertação de mestrado que explora a implantação de um serviço de emergência psiquiátrico. Analisa um serviço de saúde mental emergencial, que funcionando em regime de pronto-atendimento nas 24 horas, deveria se destacar dos demais existentes, já que se tornou referência para os encaminhamentos ambulatoriais e hospitalares. O enfoque do trabalho está no impacto que este "novo" serviço causou na assistência psiquiátrica do município, ou seja, se houve uma ruptura com o modelo assistencial tradicional a ponto de se pensar em um conceito realmente novo de saúde mental[14].

Utilizando o termo **NAPS** (Núcleo de Atenção Psicossocial) foram encontrados 16 (dezesseis) artigos no LILACS, no entanto apenas 07 (sete) diziam respeito ao NAPS enquanto equipamento de saúde mental, tratando os outros artigos da temática insônia e narcolepsia.

O primeiro artigo objetivou desenvolver uma reflexão sobre o processo de constituição dos serviços de atenção em saúde mental pautados pelos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial. Fez um retrospecto da implantação dos serviços substitutivos na cidade de Santos, SP, e demonstrou as peculiaridades deste equipamento de saúde mental, fazendo contraponto às características das instituições totais[15].

---

[13] Vechi LG. Princípios de atendimento de um centro de saúde mental 24horas em Trieste, Itália: um estudo etnográfico. J Bras Psiquiatr; 53(6): 383-392, nov.-dez. 2004.

[14] Gondim DSM. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

[15] Koda MY, Fernandes MI. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007.

O segundo artigo analisa a transcrição de uma entrevista com um usuário de um Núcleo de Atenção Psicossocial, NAPS, utilizando o método de análise institucional de discurso. O NAPS foi o *lócus* de pesquisa e lugar de inserção do usuário entrevistado. O estudo foi finalizado com a proposta de tomar o par usuário/instituição como uma produção única e indissociável[16].

O terceiro artigo busca conhecer os itinerários terapêuticos dos usuários e compreender de que forma a enfermidade se incorpora no cotidiano dos sujeitos e em suas redes sociais, os agenciamentos de apoio e a participação dos serviços de saúde mental no processo de tratamento[17].

O quarto artigo objetivou conhecer a percepção de alunos da graduação em Enfermagem a respeito de sua primeira interação com os usuários de um núcleo de atenção psicossocial[18].

O quinto estudo explorou a aplicação do Modelo de Análise do Processo Interativo (MAPI) entre o enfermeiro e uma pessoa em estado depressivo. Foram realizados dez encontros com uma usuária do NAPS. O conteúdo era analisado pelos enfermeiros do NUPRI - Núcleo de Estudos das Relações Interpessoais[19].

O sexto artigo encontrado no banco de dados LILACS apresenta uma análise do programa de saúde mental da Unidade de Saúde Sabará no ano de 2002. As problemáticas disseram respeito aos atendimentos prestados às pessoas com experiência de sofrimento psíquico que compareceram na Unidade de Saúde Sabará no ano de 2002 a fim de obter alguma forma de assistência. O NAPS é abordado como um dos tantos equipamentos de saúde

[16] Machado SB. Entrevista e análise do discurso de um usuário de um NAPS: Sandro e a injustiça institucionalizada. *Psicol. USP* [online]. 2010, vol.21, n.3, pp. 617-632. ISSN 0103-6564.

[17] Mangia EF, Yasutaki PM. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo [online]. 2008, vol.19, n.1, pp. 61-71. ISSN 1415-9104.

[18] Labate RC, Scatena MC, Furegato AR. Primeiro encontro dos alunos de enfermagem com os usuários de um núcleo de atenção psicossocial: NAPS. Ciênc. cuid. saúde; 3(1): 33-40, jan.-abr. 2004.

[19] Furegato ARF, Scatena MCM, Trento FC. Ajuda terapêutica do enfermeiro à pessoa deprimida com aplicação do MAPI. Nursing (São Paulo); 2(17): 18-21, out. 1999.

mental disponíveis no território a fim de compor a rede de saúde mental, complementando o cuidado na atenção básica[20].

O sétimo e último artigo encontrado no LILACS apresenta as relações entre dois serviços vizinhos do sistema municipal de saúde de Santos, São Paulo, o PS da Zona Noroeste, um pronto-socorro, e o Núcleo de Atenção Psicossocial, NAPS-I[21].

No SCIELO foram encontrados 03 (três) artigos, sendo 01 (um) o mesmo encontrado no LILACS (vide nota de rodapé nº 13).

O primeiro artigo relata a implantação de um serviço de saúde mental por meio de parceria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com a Prefeitura do Município de Porto Nacional, Estado de Tocantins. Explora a rede existente no município, que contava com um NAPS, e relata a implantação de outros equipamentos que vieram a se articular com o NAPS[22].

O segundo e último artigo encontrado no SCIELO utiliza um NAPS na cidade de Goiânia para realizar a validação de um instrumento diagnóstico em psiquiatria[23].

Não foram encontrados artigos com o descritor **Núcleo de Atenção Psicossocial** no PUBMED. No MEDLINE foram encontrados 10 (dez) estudos com a aplicação do descritor, no entanto apenas 01 (um) artigo se referia ao equipamento NAPS de saúde mental, sendo ele o mesmo que se repetiu na busca pelo SCIELO (Vide nota de rodapé nº 13).

Fora da sistematização de busca de revisão de literatura foram encontradas outras produções que abordam a caracterização de serviço territorial 24 horas como cenário de

[20] Sano VLH. Programa de saúde mental de Curitiba: realidade da Unidade de Saúde Sabará. Curitiba; s.n; 2004. vii,40 p. tab, graf. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-387633 Último acesso em 20/04/11 às 16:00.

[21] Valle CB. As relações entre o Pronto Socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, Sao Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial. Rev. ter. ocup; 8(1): 38-41, 1997.

[22] Lima A.B.D, Cunha P.J, Marmorato, P.G, Garcia, L.S, Lotufo Neto, F. Projeto Porto Nacional (Tocantins): uma proposta de atuação em saúde mental na comunidade. Rev. Psiq. Clín. 30(3):108-111, 2003.

[23] Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2000, vol.22, n.3, pp. 106-115

discussão. Trata-se de produções que discutem os NAPS e as novas propostas e desafios para equipamentos de saúde na perspectiva antimanicomial[24][25].

A produção bibliográfica, embora escassa, indica que há uma nova configuração de saberes e práticas em andamento cujas mudanças podem ser vistas através das transformações ocorridas por meio de Leis e Portarias que regulamentam, na *dimensão estrutural*[26], o modelo de atenção em saúde mental no Brasil:

> a nova orientação do modelo assistencial vem impondo a implantação gradativa e crescente de uma rede de cuidados cuja organização exige complexa estrutura de serviço comunitário articulado a recursos territoriais, culturais e sociais (Aranha e Silva & Fonseca, 2005, p. 447).

No nível da organização dos serviços, portanto, na *dimensão particular*, evidencia-se

> a preocupação com os aspectos relativos à humanização da assistência, ao tratamento ético, à necessidade de reintegração social do portador de transtorno mental e a diversificação da oferta de procedimentos terapêuticos (Cassandri, 2007, p. 2).

Já a *dimensão singular* do trabalho em saúde trata da *relação entre atores* (trabalhadores e usuários) que guia o processo de construção de projetos terapêuticos singulares ou de projetos para a vida.

No campo psicossocial o acesso ao cuidado é um direito, como assegurado no Sistema Único de Saúde, SUS. A manutenção ou construção das redes sociais, das formas de morar e de trabalhar das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, torna-se prioridade no planejamento compartilhado do cuidado, que deve ocorrer no território, no lugar de vida das pessoas.

---

[24] Nicácio F, Campos GWS. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V. 18, n. 3, p. 143-151, set/dez, 2007.

[25] Nicácio, F, Campos QWS. Instituições de portas abertas: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.16, n.1, p. 40-46, jan/abr., 2005.

[26] Sobre as dimensões da realidade objetiva e processos de trabalho em saúde, ver: Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):441-9.

Esse é o objeto de estudo dessa dissertação: os processos de trabalho e a *relação* entre atores (trabalhadores e usuária) que guiou a construção do projeto terapêutico singular (ou projetos para a vida) da Maria Luiza da Silva[27].

Interessa saber se os processos de trabalho e as relações estão produzindo emancipação ou subordinação.

Num serviço que se define como organizado segundo o modelo de atenção preconizado pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, antagonista ao modelo psiquiátrico médico-centrado, como se estabelecem as relações entre trabalhadores e trabalhadoras, entre estes e os usuários e usuárias, e entre estes e os familiares? Qual o lugar do usuário e da usuária no serviço?

Assim, torna-se importante analisar a formulação, planejamento e execução das ações de cuidados. Elas advém da manifestação das necessidades das pessoas? São partilhadas com quem vive tais necessidades? Elas se traduzem em transformações reais e concretas nas vidas das pessoas? Nas suas formas de morar, trabalhar e da sua rede social?

[27] Nome que a usuária, sujeito da pesquisa, escolheu para ser identificada.

2. Objetivos

A finalidade deste estudo é produzir conhecimentos teórico-práticos que contribuam para a consolidação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e do campo psicossocial.

Para alcançar tal finalidade foram definidos os seguintes objetivos:

a. Capturar os processos de trabalho engendrados pela equipe de referência de uma usuária do CAPS III para a construção do projeto terapêutico singular, por meio da elaboração, em conjunto com a pesquisadora, de um fluxograma descritor;

b. Analisar os processos de trabalho à luz do referencial da reabilitação psicossocial como cidadania;

c. Produzir conhecimentos, em conjunto com os trabalhadores do serviço, que possam contribuir com suas práticas sociais para responder às *necessidades de saúde* no campo psicossocial.

3. Métodos

3.1 Tipo de Estudo

Neste estudo optou-se pela abordagem qualitativa, já que esta permite ao pesquisador a possibilidade de maior compreensão dos significados, vivências, intencionalidade das falas, desejos e percepções.

No campo das ciências sociais, a pesquisa qualitativa é compreendida como conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados (Neves, 1996).

Os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos. Existe uma diversidade existente entre os trabalhos qualitativos, no entanto existem características essenciais capazes de identificar uma pesquisa desse tipo, como colocado por Neves, 1996, Godoy, 1995 e Minayo, 2008:

a. O ambiente natural como fonte direta de dados do pesquisador como instrumento fundamental;
b. O caráter descritivo;
c. O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador;
d. Enfoque indutivo.

Godoy (1995) e Neves (1996) apontam para a existência de pelo menos três possibilidades oferecidas pela pesquisa qualitativa: a pesquisa documental, o estudo etnográfico e o *estudo de caso*.

A *pesquisa documental* é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminadas com vistas a uma interpretação nova

ou complementar.

O estudo *etnográfico* envolve um conjunto particular de procedimentos metodológicos e interpretativos desenvolvidos ao longo do século XX; tal método envolve longo período de estudo em que o pesquisador fixa residência em uma comunidade e passa a usar técnicas de observação, contato direto e participação em atividades.

Ainda segundo os autores, no *estudo de caso,* o objeto principal é a análise profunda de uma unidade de estudo. Visa ao exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular.

De acordo com Kimura e Merighi (2003), o *estudo de caso* tem como base o desenvolvimento de um conhecimento que se inicia pela compreensão dos eventos particulares. As mesmas autoras dizem que o *caso* pode ser, além de outras coisas, uma experiência, e se constitui na "possibilidade de explicar ou compreender a realidade concreta" (Kimura e Merighi, 2003, p. 16). Triviños (2008) o define como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade que se analisa profundamente.*

Tal procedimento metodológico permite adquirir conhecimento de um fenômeno específico através da exploração intensa de um único caso. Alguns autores (Hamel; Dufour; Fortin apud Kimura e Merighi, 2003) apontam que o *estudo de caso* é mais uma abordagem que um método, uma vez que utiliza outros métodos para fazer coleta e análise de dados.

Por outro lado, Triviños (1992) aponta o *estudo de caso observacional* como uma categoria da pesquisa qualitativa que utiliza como técnica de coleta de informações mais importante a observação participante, e Yin (2010) esclarece que várias são as fontes de evidências para um estudo de caso, dentre elas a observação participante.

A presente pesquisa é um estudo qualitativo do tipo *estudo de caso observacional*.

3.2 Fontes, procedimentos de coleta e análise dos dados empíricos

a. As fontes dos dados empíricos

Na presente pesquisa, a *fonte primária* dos dados empíricos foi o gerente do serviço que indicaria os *informantes primários* (a equipe de referência[28] de um (a) usuário (a) do serviço e o (a) próprio (a) usuário(a)) seguindo os critérios: um caso acompanhado no CAPS que a equipe de referência avaliasse empiricamente que tivesse produzido transformações na vida dele (a) e que ele (a) tivesse disponibilidade para participar do estudo.

Foram duas as fontes dos dados empíricos desta pesquisa:

1. *Fonte primária*: o gerente do serviço;
2. *Fontes secundárias* dos dados empíricos: o *prontuário* usuária, disponibilizado pela gerência do serviço e o *Caderno de bordo*, que é o fruto da observação participante;
3. *Informantes primários*: no processo final da pesquisa, foram uma usuária e sua equipe de referência, que constituem o universo dos sujeitos do estudo e a fonte dos dados para a construção e discussão do *fluxograma descritor* que foi elaborado, por meio de reuniões, para apreensão e compreensão dos itinerários percorridos por Maria Luiza no serviço.

- **A fonte primária: o gerente do serviço**

O primeiro encontro para solicitação da autorização para a realização do estudo de caso ocorreu numa reunião ordinária do Colegiado de Gestão, instância assessora, composta, até fevereiro de 2011, pelo gerente, duas trabalhadoras do serviço e uma docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com apoio de uma docente do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que era o coletivo responsável pela operacionalização do Plano de Trabalho elaborado no Processo de

[28] Ver definição desse conceito em Item Processo de Trabalho: Promover adesão ao serviço e vinculação com equipe de referência, no Capítulo dos Resultados e discussões, deste estudo.

Capacitação da Equipe do CAPS III, no momento de sua implantação, em junho de 2009 (Relatório, 2009).

O nome do usuário indicado nessa instância para o desenvolvimento do estudo de caso foi apresentado à pesquisadora, que procurou a equipe de referência responsável pela condução do caso. Uma das trabalhadoras de referência, dessa primeira indicação, recusou-se a participar da pesquisa, o que inviabilizou o contato com as demais referências, uma vez que a construção do *fluxograma descritor* deve ocorrer de forma coletiva com todos os atores envolvidos nos processos de trabalho.

Essa recusa atrasou o cronograma da pesquisa em 04 (quatro) meses.

Durante esse tempo, novos nomes de usuários do serviço foram avaliados pelo Colegiado de Gestão, sem que se chegasse a qualquer consenso.

Neste ínterim, a pesquisadora, durante a realização do Programa de Aprimoramento do Ensino, PAE, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, abordou e convidou para participar do estudo uma trabalhadora da equipe de referência de uma das usuárias do serviço com quem a pesquisadora tinha construído um vínculo importante.

Após a anuência da equipe de referência e da gerência, a pesquisadora consultou a usuária sobre sua disponibilidade em participar da pesquisa. Ela aceitou e após os 04 (quatro) meses, chegou-se à Maria Luiza da Silva.

- **Fonte secundária dos dados empíricos: o prontuário da usuária e a observação participante da pesquisadora**

A utilização do *prontuário* foi de fundamental importância, uma vez que o mesmo norteou as conversas com os trabalhadores, assim como as questões a serem aprofundadas com a equipe de referência e com a Maria Luiza.

Uma vez inserida no campo de pesquisa, a pesquisadora teve acesso ilimitado ao prontuário e levantou as questões norteadoras a serem discutidas nos encontros com os trabalhadores para a construção do fluxograma descritor.

Com o prontuário em mãos, pesquisadora e equipe de referência[29], elaboraram uma linha do tempo, um retrospecto da trajetória de Maria Luiza, utilizando como fonte para essa elaboração, a memória dos trabalhadores e as anotações do prontuário.

Á medida que as discussões aconteceram, o fluxograma pôde ser construído e os *nós críticos* surgiram, para reflexão e análise.

A *observação participante* é definida por Minayo (2008) como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Nela, o observador não é apenas um espectador do fato que está sendo estudado, ele se coloca na posição dos elementos humanos que compõem o fenômeno a ser observado, podendo ou não assumir o papel de um membro do grupo (Richardson, 2007; Gil, 1994).

Quando o cientista está longe do lugar onde a vida acontece, apreendem-se apenas recortes superficiais da realidade. Minayo (2008), citando Malinowski, coloca que há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas, mas devem ser observados em sua realidade.

Becker (1994) assinala ainda que, em geral, a *observação participante* é utilizada por pesquisadores quando estes tentam compreender um problema substantivo, em vez de demonstrar relações entre variáveis. Em tais tipos de pesquisa supõe-se, segundo o mesmo autor, que "*a priori* não se conhece o bastante sobre a organização para identificar problemas e hipóteses relevantes, e que precisam descobri-lo no decorrer da pesquisa" (p. 48).

[29] Chamou a atenção, durante a análise dos dados empíricos, que se considerou equipe de referência os trabalhadores de nível superior, embora uma auxiliar de enfermagem se apresenta nas entrevistas com Maria Luiza como uma referência importante no serviço e na vida. Trata-se de um tema a ser mais bem investigado.

Assim, a pesquisadora se colocou como *observadora participante* dos processos de trabalho da equipe desse CAPS III, durante a realização do PAE e no período da coleta dos dados dessa pesquisa. Ressalte-se que houve intencionalidade na escolha do cenário de execução do PAE, visando a aproximação do campo de investigação. Para essa tarefa, foi utilizado o *diário de bordo* para registro das ações cotidianas, dos encontros individuais com Maria Luiza e encontros individuais e coletivos com os trabalhadores da equipe de referência.

b. O fluxograma descritor: estratégia metodológica para captação dos processos de trabalho

O fluxograma descritor "constitui-se de uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços" (Franco e Merhy, 2006).

Este busca perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura um serviço de saúde, os caminhos de sua inserção no serviço, possibilitando informação em saúde na dinâmica cotidiana do processo de produção de serviços (Merhy et al. 2007).

É uma forma de olhar para o serviço de saúde que permite "refletir como é o trabalho no dia-a-dia, como é feito, para quem, por quem, para que e como serve" (Merhy 2007).

Desta forma, o fluxograma foi utilizado como um instrumento para olhar o que acontece na operacionalização do trabalho do CAPS III. Merhy (2007) propõe a construção de um *fluxograma-resumo*, que caracteriza o processo produtivo básico de um serviço de saúde.

A partir dele pode-se construir o fluxograma dos processos de trabalho a serem analisados:

> Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: a *elipse* representa a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o *losango* os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho, e o *retângulo* representa o momento de intervenção (Franco & Merhy, 2006).

O *objetivo* do fluxograma é

> "interrogar a micropolítica da organização do serviço, revelar as relações estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários e os momentos críticos do processo de trabalho. A própria construção do fluxograma revela os processos de trabalho adotados pela equipe (serviço). Assim, captura-se qual itinerário se constrói" (Franco e Merhy, 2006, p.139).

A construção do *fluxograma descritor* deve-se dar de forma coletiva, buscando no registro da memória da equipe que fazia o atendimento, os passos seguidos pelo usuário, em busca da resolução do seu problema, nos diversos espaços produtores de cuidado (Franco, 2006).

O momento da decisão de ofertas (representado pelo losango) diz respeito à decisão se aquilo trazido pelo usuário se configura como problema de saúde a ser alvo de intervenção dos trabalhadores do serviço. Neste momento ocorre a decisão de mandá-lo para a próxima etapa do processo de trabalho a ser realizado no serviço ou se irá encaminhá-lo para outro serviço (Merhy, 2007).

O autor destaca que é importante que todas as possibilidades sejam detalhadas, para o *sim* ou para o *não*, a maneira como isso é feito, por quem e para onde o usuário é mandado. De acordo com o autor, são estes os critérios que "dão certo sentido e concretude ao conceito de necessidades de saúde sobre o qual o serviço opera" (Merhy, 2007).

Interessa, na construção do fluxograma descritor, descrever no momento da entrada o que se faz com os que entram, como e quem. Na saída, deve-se capturar a tipologia adotada para caracterizar alta. Merhy (2007) afirma que "descrever este final é chave para se poder analisar tanto se o processo intercessor trabalhador/usuário é também 'acolhedor' na saída, como para a visualização dos tipos de resultados a cadeia produtiva está realizando" (Merhy 2007, p. 79).

Na busca do que tem sido produzido sobre essa temática, foi realizada uma pesquisa no banco de teses da USP utilizando o termo *fluxograma descritor* e/ou *fluxograma analisador*. Foram encontradas cinco dissertações de mestrado e três teses de doutorado.

A primeira dissertação data de 1998 e investiga o acolhimento do usuário em uma unidade da rede básica de serviços públicos de saúde na cidade de Ribeirão Preto-SP[30]. O objetivo do estudo foi identificar e analisar os aspectos que o compunham o acolhimento no serviço de saúde, bem como identificar e analisar como os trabalhadores efetuavam-no e compreendiam seus componentes no processo de trabalho.

Foi utilizado o *fluxograma descritor* como analisador do modelo de atenção e também como organizador deste. Foi possível através dele identificar linhas de fuga da estruturação do trabalho, assim como a plasticidade no uso das tecnologias, o preparo para a relação, a comunicação, a escuta, o espaço-tempo que lhe é destinado e a responsabilização pelo trabalho.

A segunda dissertação foi desenvolvida no âmbito das tecnologias na atenção para o cuidado de famílias com pessoas portadores de lesões de pele, e objetivou descrever as tecnologias presentes na intervenção de enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde[31]. O *fluxograma analisador* foi utilizado na perspectiva de desenhar um certo modo de organização do conjunto de processos de trabalho. Objetivou-se com esta ferramenta compreender e analisar com vistas aos processos emancipatórios do campo da promoção da saúde.

A terceira dissertação de mestrado, realizada no ano de 2008, é um estudo de caso exploratório e descritivo[32]. O objetivo da pesquisa foi caracterizar a produção do cuidado em saúde mental de uma Unidade Básica de Saúde, tomando como analisador do trabalho em equipe o acolhimento, mediante sua potência em resgatar a humanização das relações e o espaço do trabalho como um lugar de sujeitos.

---

[30] Matumoto S. O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1998.

[31] Barboza TAV. Dimensões tecnológicas presentes no processo de reestruturação das práticas de enfermagem no PSF: estudo de caso à luz da promoção da saúde". Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

[32] Caçapava JR. O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

O *fluxograma* possibilitou a percepção de que as redes de conversa entre os diversos trabalhadores, no serviço, multiplicaram as possibilidades de trocas entre eles, além de proliferarem redes afetivas destes com os usuários e dos usuários entre si.

No mesmo ano um estudo fez uso do *fluxograma descritor* com o objetivo de compreender, no cotidiano do processo de trabalho em saúde, quais os sentidos que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, como ocorre e que profissionais decidem pelo enfrentamento às necessidades de saúde da população usuária do serviço[33].

A última dissertação de mestrado investigou a construção dos projetos terapêuticos realizados pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III, já descrito na revisão bibliográfica sobre CAPS III[34].

Quanto às teses de doutorado, a primeira teve como objetivo avaliar a aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família[35]. Um dos instrumentos de análise dos dados foi o *fluxograma analisador*, que apresentou respectivamente, os nós críticos, os ruídos e os eventos propulsores de aceitabilidade do serviço.

A segunda tese de doutorado, finalizada no ano de 2010, foi exposta na revisão bibliográfica sobre CAPS III[36].

E finalmente, a terceira tese de doutorado utilizou o *fluxograma descritor* como uma das ferramentas de coleta de dados para descrever e analisar o cotidiano de cuidados à pessoa com

[33] Morais TCP. Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

[34] Mororo MEM. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

[35] Oliveira MM. Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a estratégia saúde da família. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

[36] Leão A. O Serviço Comunitário de Saúde Mental: Desvelando a essência do cotidiano das ações no território. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

depressão[37]. Construído pelos próprios profissionais do serviço de saúde mental, o *fluxograma analisador* os ajudou a perceber como é importante "o parar e o pensar sobre o fazer".

Assim, pode-se afirmar que há identidade e coerência teórica e metodológica na utilização do *fluxograma descritor* como estratégia metodológica para desvelar os processos de trabalho e analisar os itinerários dos usuários dos serviços de saúde mental nas pesquisas do campo da saúde coletiva e da saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

c. Procedimento de análise dos dados empíricos: análise de enunciação

Minayo (2008) afirma que a *análise de conteúdo* pode ser um termo genérico para designar o tratamento de dados com técnicas específicas. Bardin apud Minayo (2008) define *análise de conteúdo* como

> um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin apud Minayo, 2008, p. 199).

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo têm sido desenvolvidas várias técnicas de *análise de conteúdo*: análise de expressão, análise das relações, análise temática e *análise da enunciação*.

A *análise da enunciação* diferencia-se das outras técnicas de *análise de conteúdo* porque

> se apóia na concepção da comunicação como um processo e funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais presentes no texto [...] ela trabalha com as condições de produção da palavra e com as modalidades do discurso (análise sintática e paralingüística, análise lógica, análise dos elementos formais atípicos: silêncios, omissões, ilogismos, e realce das figuras de retórica (Minayo, 2008).

De acordo com Bardin (1979), tal análise deve seguir o seguinte roteiro:

[37] Gonçales CAV. Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

a. constituição do *corpus;*

b. preparação do material e etapas de análise (alinhamento e dinâmica do discurso para encontrar a lógica inerente à estrutura da mensagem);

c. análise do estilo e análise dos elementos atípicos e figuras de retórica.

Neste trabalho, o *corpus* é o resultado da compilação dos dados empíricos coletados:

- nos encontros com a equipe de referência e com Maria Luiza;
- no diário de bordo elaborado durante a observação participante; e
- nos dados do prontuário de Maria Luiza.

O material coletado nos encontros com a equipe de referência e com Maria Luiza foi gravado em mídia digital, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1 e 2) e posteriormente foi transcrito.

O material resultante das anotações no diário de bordo elaborado durante a observação participante e os dados do prontuário de Maria Luiza foram alinhados "segundo a dinâmica do discurso, para encontrar a lógica inerente à estrutura da mensagem" (Bardin, 1979), e categorizados, em conjunto com os dados dos encontros com a equipe de referência, à luz do referencial teórico da *reabilitação psicossocial como cidadania*, que elegeu como categorias analíticas, os eixos: formas de morar, formas de trabalhar e (re)construção da rede social.

O tratamento dos dados empíricos, segundo esta orientação, resultou nas seguintes categorias empíricas:

1. Maria Luiza da Silva;

2. A construção do projeto terapêutico singular relaciona-se com as políticas públicas e o projeto coletivo institucional;

3. Fluxograma descritor: uma estratégia metodológica para captar ruídos e nós críticos para guiar a organização dos processos de trabalho de uma equipe de referência do CAPS III;

4. Processos de Trabalho dessa equipe de referência do CAPS III para a construção compartilhada de projetos para a vida da Maria Luiza:

a. Processo de Trabalho: Promover adesão ao serviço e vinculação com equipe de referência;

b. Processo de Trabalho: Mediar problemas de moradia: conseguir vaga em albergue, alugar vaga em quarto;

c. Processo de Trabalho: Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada;

d. Processo de Trabalho: Mediar o processo de resgate do vínculo com familiares;

e. Processo de Trabalho: Mediar a procura por curso profissionalizante;

f. Processo de Trabalho: Mediar relação com as proprietárias dos quartos;

g. Processo de Trabalho: Ajudar a organização do cotidiano;

h. Processo de Trabalho: Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal;

i. Processo de Trabalho: Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado.

d. Procedimentos éticos

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, a presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e foi aprovada (Anexo 3). Houve também a aprovação do gerente do serviço, que autorizou a realização da pesquisa (Anexo 4).

Para participar do estudo, os envolvidos na pesquisa (usuária e trabalhadores do serviço) foram informados quanto à voluntariedade, ao direito de receber respostas às suas dúvidas em relação à pesquisa, bem como ficou esclarecido quanto à liberdade de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso prejudicasse sua relação com CAPS.

Após a concordância, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

3.3 Cenário do estudo: O CAPS III

O Sistema de Saúde da cidade de São Paulo está estruturado em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde:

A Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, onde se insere o serviço de saúde mental 24 horas, o CAPS III Itaim Bibi, cenário deste estudo, é composta pelas Supervisões Técnicas de Saúde Butantã, Lapa/Pinheiros e Sé (Ballan, 2010).

Na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, do ponto de vista administrativo encontram-se quatro Subprefeituras: Lapa, Pinheiros, Butantã e Sé.

Os equipamentos de saúde existentes na Subprefeitura de Pinheiros, portanto, sob gestão da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, são:

1. CAPS Adulto Itaim Bibi;
2. CAPS ad Pinheiros;
3. Unidade Básica de Saúde Magaldi;
4. Unidade Básica de Saúde/PSF Pêra;
5. Unidade Básica de Saúde Meninópolis;
6. Unidade Básica de Saúde Alto de Pinheiros;

O Pronto Socorro da Lapa é referência para as áreas de Pinheiros, Lapa e Butantã (Ballan, 2010).

O território da Subprefeitura de Pinheiros, particularmente do bairro do Itaim Bibi, caracteriza-se por:

> alta incidência de idosos, alta renda, mais de 50% dos responsáveis pelos domicílios possui 15 anos ou mais de estudo, alto índice de desenvolvimento humano (IDH), grande oferta de emprego no setor de serviços, alta concentração de trabalhadores, quase a totalidade dos domicílios permanentes possuem água encanada, coleta de lixo e sistema de esgoto, a população moradora residente nas áreas de favela corresponde a 0,24% da população total, é a terceira região dos municípios com população em situação de rua (Meola, 2004; Ballan, 2010).

A área de abrangência da região administrativa da Subprefeitura de Pinheiros é formada pelos bairros de Alto de Pinheiros, Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista e Vila Madalena, com cerca de 270.000 habitantes.

As características do território são compatíveis com condições favoráveis de vida da população (saneamento, grau de escolaridade, acesso a bens e serviços) exceto da população residente nas áreas das favelas, dos cortiços e a que está em situação de rua (Meola, 2004; Ballan, 2010).

A população usuária do CAPS Itaim Bibi, caracterizada pelo perfil sócio demográfico e epidemiológico da região:

> idosos, população em situação de rua e com comportamentos suicidas, psicóticos e outros - exibe significativas dificuldades para acessar os recursos sócio-culturais do território e necessita de muito investimento e acompanhamento para responder às necessidades da vida cotidiana (Meola, 2004; Ballan, 2010).

O cenário, o CAPS III adulto do Itaim-Bibi, configurava-se como Hospital Dia até o ano de 2001. Foi credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPS II em 2002. Não está credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPS III, mas funciona como tal desde julho de 2009.

Este serviço procura operar na lógica de articular e organizar a rede de serviços e recursos territoriais, como definido pela política pública de saúde mental no SUS (Ballan, 2010).

É sede da execução do Termo de Cooperação Técnica, Didática e Científica celebrado entre a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Secretaria de Saúde da Cidade de São Paulo e a Área Temática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em vigência desde 2004.

O serviço pertence à rede pública de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde, mas está vinculado à parceira de uma Organização Social, OS, a Associação Saúde da Família[38].

[38] Disponível em: http://www.saudedafamilia.org/ Acesso em 30.04.2011.

Uma particularidade da gestão deste CAPS é que, apesar de possuir parceria com a OS responsável pela contratação da equipe executora do projeto CAPS III, parte dos recursos humanos é remanescente e vinculado à administração direta, ao município, incluindo o gerente.

Assim, a gerência do serviço continua sendo, mesmo com a nova configuração de gestão dos equipamentos de saúde adotados no Município de São Paulo, de natureza público-municipal[39].

[39] A gestão municipal de 2004/2008 e a atual, subseqüente, optou pela transferência da gestão do sistema de saúde paulistano para Organizações Sociais, previstas no SUS, porém o resultado desta escolha provoca diversificadas e até incongruentes formas de gestão dos serviços em relação aos princípios do SUS, particularmente ao que se refere à direção única. O CAPS III Itaim Bibi vem protagonizando um processo de resistência a esta conjuntura e vem tentando sustentar a organização dos processos de trabalho segundo as diretrizes do SUS (Ballan, 2010).

3.4 Referencial Teórico: Da reabilitação psiquiátrica à reabilitação como cidadania

O *termo* reabilitação denota a transformação de um estado de desabilidade para um estado de habilidade. Isso significa dizer que o que anteriormente era inapto, após um processo de reabilitação *se adapta* ao que é convencionado como hábil.

Esta perspectiva remete à idéia de condutas que visam atender padrões normativos de comportamento cuja finalidade é um ideal de independência produtiva. Fiorati (2010) afirma que re-capacitar alguém inclui, implícita ou explicitamente, uma intervenção que execute um caminho para que essa pessoa reproduza, da melhor forma possível, o padrão de condutas dominantes socialmente dadas:

> Quando estamos frente a pessoas que se encaixam nas camadas envolvidas com problemas sociais, é fácil seguir o caminho que inclui os sistemas de normas como referencial e alvo a serem atingidos, com base nas arcaicas visões de reabilitação (Fiorati, 2010, p. 48).

Barros (1991) localiza o início do exercício da reabilitação física e psicossocial como resultado das necessidades produzidas pelas transformações sociais ocorridas após as duas grandes guerras do século XX.

Durante a Primeira Guerra Mundial o movimento de reabilitação se expandiu para tratar dos acidentados e neuróticos de guerra, pois havia a necessidade de pessoas capacitadas e produtivas para a reconstrução social no pós-guerra. Assim, no início do século XX (1917) os serviços de reabilitação foram estruturados no contexto da retomada do tratamento moral, na tentativa de *humanizar* o atendimento aos doentes mentais, pois este modelo havia sido relegado ao segundo plano durante todo o século XIX (Medeiros, 2003).

Já os serviços de reabilitação que surgiram dos movimentos humanistas no período posterior à Segunda Guerra Mundial, de acordo com os interesses político-ideológicos das classes hegemônicas, foram organizados para responder ao atendimento de determinadas demandas de saúde que não encontravam respostas na intervenção exclusivamente médica,

surgindo então profissões como a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia (Soares 1991; Cavalcante et al. 2008).

Na Europa e Estados Unidos, abria-se espaço para a *readaptação e reabilitação*, fundamentais ao controle, à reciclagem, requalificação, produção e reprodução da força de trabalho (Cavalcante et al. 2008).

Em psiquiatria, os modelos de reabilitação surgiram e foram implementados concomitantes aos processos de Reforma dos asilos[40]. Saraceno (2001) salienta quatro modelos conceituais e operativos importantes da reabilitação psiquiátrica[41].

O primeiro é o *Social Skills Training* (SST), abordagem americana de orientação behaviorista (comportamentalista) que vem influenciando significativamente a cultura psiquiátrica reabilitativa, desde a segunda metade do século XX. É definida como "conjunto dos métodos que objetivam promover a aquisição, a generalização e a permanência das habilidades necessárias nas aquisições interpessoais" (Saraceno, 2001, p. 33).

Esta abordagem parte do pressuposto que "as pessoas desabilitadas necessitam de habilidades e de suportes ambientais para responder às exigências de papel formuladas pelos contextos de vida" (Saraceno, 2001, p. 34 e 35).

O segundo modelo de reabilitação em *psiquiatria* é o modelo psico-educativo. Este se diferencia da SST tendo em vista a ampliação da perspectiva terapêutica através da integração dos princípios do treinamento das habilidades sociais e as da psico-educação (Saraceno, 2001).

Visa estabelecer as variáveis referentes à capacidade de adaptação social das pessoas que saem dos hospitais psiquiátricos, e através dos acompanhamentos (*follow-ups*) identificar quais os critérios para evitar as recaídas e o que leva às recidivas (Saraceno, 2001).

---

[40] Refere-se aqui aos movimentos de reforma dos manicômios ocorridos no pós-guerra. Para leitura mais aprofundada vide: Gondim DSM. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

[41] Para uma leitura mais aprofundada sobre o tema ler o capítulo "Definições e Modelos" In: Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Instituto Franco Basaglia; Belo Horizonte/Rio de Janeiro: 2001.

O autor afirma ainda que as finalidades de intervenção psico-educativa são essencialmente "dirigidas a impedir ou diminuir o número de recidivas" (Saraceno, 2001, p. 43).

O terceiro modelo é o de *Spivak*. Inspirado no comportamentalismo, diferencia-se deste por "não levar em consideração apenas os padrões diagnósticos", mas por levar em consideração os "comportamentos contextualizados e os processos de cronificação" que de acordo com o modelo, incidem de forma específica sobre qualquer paciente (Saraceno, 2001, p. 49).

Nota-se nestes modelos a percepção de sujeito que se encontra *em falta de algo*, sendo a intervenção reabilitatória a possibilidade de adição de ferramentas que possibilitem que a pessoa se adapte ao meio. Não há, entretanto, nenhuma formulação crítica sobre o contexto, nem a idéia de remoção/ressiginificação de barreiras para as pessoas em desvantagem social.

O quarto modelo explorado por Saraceno (2001) é o de Luc Ciompi.

Este se diferencia dos três últimos por considerar que, tanto a evolução da cronicidade como a reabsorção no processo natural da vida, são determinadas pelas respostas sociais geradas pelo episódio agudo. Isto significa que "o processo de mudança se ativa mais com a modificação do posicionamento do campo social do que com intervenções focalizadas em um único paciente" (Saraceno, 2001, p. 58).

Uma concepção antagônica a estas é a da reabilitação no contexto da Psiquiatria Democrática Italiana.

> Nesta perspectiva, a reabilitação não é compreendida como um percurso individual da inabilidade à habilidade, mas configura-se como processo não linear de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos, e de recursos (Nicácio et al., 2005, p. 63).

No texto Resposta à Crise, del'Acqua e Mezzina problematizam sua experiência no Centro de Saúde Mental (CSM) em Trieste. Na perspectiva italiana, os autores caracterizam o serviço inserido no território e que são referência para todos os problemas relacionados à saúde mental da área adstrita:

> O serviço, dimensionado sobre uma área territorial de intervenção bem definida, de pequena escala, equipa-se para acolher todas as demandas, de outra parte classificadas como psiquiátricas, eliminando todos os filtros burocráticos e administrativos, favorecendo as mais variadas e informais modalidades de acesso [...] sem encaminhamentos. Deste modo, o serviço torna-se central no interior daquela área definida. O serviço é portanto capaz de perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e conflitos que constituem os limites da crise (Del'Acqua & Mezzina, 1991, p. 56 e 57).

Os autores afirmam que o ponto central e mais problemático, para os serviços, é a busca de uma precisão na sua organização que permita a produção de respostas adequadas e conseqüentes à complexidade das situações apresentadas pelos usuários, à medida que elas emergem.

Tal função estratégica do serviço, sustentado por legislação jurídica e sanitária, é que permite vislumbrar o novo *objeto de intervenção*, com *novos instrumentos de trabalho*, para atingir novas *finalidades*. Essa é a reabilitação psicossocial como cidadania, de filiação italiana e tradição basagliana.

Os processos reabilitadores que elegem a desabilidade social produtiva (no campo da reabilitação psiquiátrica) como objeto de intervenção são alvos de crítica da concepção basagliana de reabilitação, corroboradas, posteriormente, pela construção das variáveis reais propostas por Saraceno (2001). Basaglia afirmava que o projeto de reabilitação deve interferir com ações concretas:

> 1. no nível individual: "o paciente, seu diagnóstico e seu contexto": produzindo projetos de vida que buscam a des-identificação da pessoa com a doença;
> 2. no nível institucional: "o serviço, seu contexto e os recursos, problematizando a codificação científica da doença que define com parâmetros médico-sanitários o limite da norma que o comportamento mórbido pode transgredir" e se a relação que a pessoa estabelece com a codificação e com a instituição promove uma posição de submissão ou de autonomia;
> 3. no nível estrutural: a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, "diretrizes e políticas para o setor" (Basaglia, 1982 apud Aranha e Silva, 2005).

E Saraceno (2010), sustenta que o processo de reabilitação psicossocial surge então, não como uma técnica, mas "antes de tudo, como uma necessidade ética. Não é uma abordagem, é uma estratégia", que visa aumentar a troca de recursos e de afetos (Saraceno, 2010, p. 14; Leão, 2010).

Esta concepção de *reabilitação psicossocial* contesta e nega a origem epistemológica do termo r*eabilitação* porque

> a palavra reabilitação impõe um sentido de recobrança de crédito [...] recupera faculdades físicas ou psíquicas dos incapacitados [...] buscando um retorno à fisiologia "normal" (Pitta, 2010, p. 21).

No Brasil, a adição da concepção do termo *psicossocial*, atrelado ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira significa

> justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos (Pitta, 2010, p. 24).

A construção de um processo articulado de práticas, sustentadas por uma trama de conceitos que se preocupa com as "variáveis reais que mudam as vidas reais das pessoas reais" (Saraceno, 2001) envolvem características não apenas clínicas, mas sobretudo situacionais dos sujeitos. Esta trama de conceitos considera *reabilitação* não como uma substituição da desabilitação pela habilitação,

> mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica de trocas que se cria um efeito "habilitador" (Saraceno, 2001, p. 112).

O aumento das oportunidades de troca envolve o aumento da capacidade do sujeito se validar em seu contexto. Implica no aumento de *poder contratual:*

> As relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social para a realização de qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que lhe daria seu poder contratual (Kinoshita, 2010, p. 55).

É o acesso à posse de recursos para trocas sociais, e, por conseguinte para a cidadania (Saraceno, 2001). Assim, reabilitar, na *reabilitação como cidadania*, é realizar o aumento do poder contratual, ou contratualidade, dos sujeitos envolvidos no *processo reabilitatório*:

> Podemos dizer que reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente [...] Somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio (da troca de oportunidades materiais) o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação (Saraceno, 2001, p. 112).

Não existem técnicas pré-definidas que determinam o aumento da contratualidade dos usuários dos serviços de saúde mental. Existem sim, os eixos que permitem aos trabalhadores nortearem suas ações para que tenham como conseqüência o aumento das possibilidades de trocas sociais das pessoas.

Os eixos prescritos por Saraceno (2001) são o *habitat, o trabalho e trocas sociais*, relacionando a produção do cuidado ou o projeto terapêutico singular aos contextos das pessoas e suas necessidades, e que se ocupa com o compromisso

> não de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses (Saraceno, 2001, p. 113).

Assim, são estes os cenários de intervenção na perspectiva da reabilitação como cidadania: o *habitat,* compreendido como a possibilidade de apropriação dos espaços onde se mora e se vive; a *rede social* como lugar onde ocorrem as trocas sociais, e o trabalho, espaço de produção e reprodução da vida material, de sentidos e de valores de troca (Saraceno, 2001).

a. Morar

Morar numa instituição total como o manicômio implica apenas ocupar um espaço físico. Não há nenhum tipo de individualização, a pessoa apenas *está* em um lugar, no entanto não há por parte desta nenhum tipo de ação que denote pertencimento daquele lugar, identificação com aquele lugar (Saraceno, 2001).

O hospital psiquiátrico ou qualquer instituição total, ou ainda lugares provisórios, temporários, de passagem, não permitem que se escolha a hora que a refeição será realizada, ou ainda o que se comerá. Não há operacionalização de vontades ou desejos, apenas imposição de cotidiano, extremamente empobrecido.

Saraceno (2001) aponta para a grande diferença que existe entre *habitar* e *estar*. Para o autor, *estar* indica uma "escassa ou nula propriedade do espaço por parte do indivíduo", é importante ressaltar que essa propriedade não diz apenas respeito ao material, mas tem a ver com o "poder decisional, tanto material como simbólico" (p. 114).

Por outro lado, o *habitar* tem a ver com um "grau mais evoluído de propriedade, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica" (p. 114). Ou seja, o *morar*, na percepção da *reabilitação psicossocial*, diz respeito ao grau de pertencimento e empoderamento que o sujeito tem em relação àquele *"espaço físico ocupado".*

Desta forma, os lugares onde as pessoas residem devem ser espaços no qual tenham a oportunidade de realizar as trocas da vida cotidiana.

Nesta perspectiva, tanto o domicílio como os outros lugares ocupados por estas pessoas devem se constituir como autênticos lugares de troca, materiais e simbólicas (Randemark, 2009). Ou seja, poder organizar sua rotina de acordo com suas necessidades e conveniência, ter poder de decisão na determinação do que comer, do que vestir, realizar atividades rotineiras como viver o ócio, cozinhar, comer, se divertir, trabalhar, fazer compras, de acordo com sua vontade.

Estes aspectos apenas podem ser operacionalizados quando o indivíduo habita o local que ocupa, e não apenas está nele. *Isto* implica o morar na perspectiva da *reabilitação como cidadania.*

As ações em saúde mental, na perspectiva do campo psicossocial, passam a lançar mão de estratégias que podem oportunizar às pessoas com experiência de sofrimento psíquico *habitar* espaços que não o hospital psiquiátrico. Podem ser moradias assistidas, lares abrigados, residências terapêuticas ou o lugar possível no contexto de cada pessoa.

São formas de moradia para pessoas com histórico de internações psiquiátricas, em geral, ex-moradores de manicômios, que com o tempo perderam seus vínculos familiares e necessitam de ressignificação nas formar de habitar. Mas não apenas egressos de hospitais psiquiátricos encontram dificuldades para encontrar um lugar para morar.

No Brasil, a experiência de construção de moradia diferente da do manicômio se iniciou com os Lares Abrigados no Hospital do Juqueri, na cidade de Franco da Rocha-SP, na década de 1980. Outras experiências ocorreram também na cidade de Santos-SP, no processo de intervenção na casa de Saúde Anchieta, também na década de 80:

> O objetivo dos Lares Abrigados era albergar a maioria da população da instituição em melhores condições de alojamento, personalização e autonomia, ainda que na própria estrutura hospitalar modificada (Rosa, 2005, p. 32).

Era uma tentativa de humanização de pavilhões e alas de hospitais psiquiátricos, que objetivava levar seus usuários a um nível maior de gestão de suas próprias histórias (Suiyama et al., 2007). No entanto, estas primeiras experiências estavam ainda distantes da perspectiva de inserção destas pessoas em residências na comunidade. Essas moradias estavam inseridas no território do hospital, ainda dependiam do mesmo, para sua manutenção ou no que diz respeito aos recursos humanos (Rosa, 2005).

A partir de 2000, com a publicação da Portaria nº. 106, sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), houve a possibilidade de financiamento de residências não vinculadas aos hospitais psiquiátricos:

> São casas localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de moradia de portadores de transtornos mentais graves, **egressos de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia**. Em geral, os moradores não possuem vínculos familiares. Estas residências não são serviços de saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno à vida social. As residências são espaços de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar (Brasil, 2011a – Grifos nossos).

Há no Brasil, atualmente, um total de 570 (quinhentos e setenta) Serviços Residenciais Terapêuticos, casas nas quais habitam um total de 3.091 (três mil e noventa e um) moradores (Brasil, 2011b).

> No início, havia como meta principal a humanização do atendimento ao doente mental internado nos hospitais psiquiátricos. Hoje, tendo como busca o resgate da cidadania e da singularidade dos sujeitos, são premissas básicas do movimento de desinstitucionalização e criação de serviços alternativos que visam à reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental (Suiyama et al., 2007, p. 103).

Estas intervenções dizem respeito à possibilidade de *habitar* de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos.

Não há ainda no país política pública que trate das *formas de habitar* de pessoas que *não* têm história de internação psiquiátrica, mas ainda assim, encontram-se em situação de desfiliação tal, que há ausência de possibilidades de habitar qualquer lugar de forma digna. Muitas destas pessoas encontram-se em situação de rua, e a única opção torna-se a inserção em albergues.

Há o registro de duas experiências de serviços residenciais destinadas às pessoas com experiência de sofrimento psíquico em processo de reabilitação social, sem haver necessariamente o histórico de residência em hospital psiquiátrico: a República e a Moradia Assistida.

A primeira experiência ocorreu numa casa no bairro do Pacaembu, na cidade de São Paulo, que se caracterizava por ser uma moradia temporária para pacientes psiquiátricos, que tinham familiares como provedores financeiros (Rosa, 2005). Era indicada tanto para usuários sem indicação para internação e sem família, como para aqueles que têm indicação para saírem da casa de seus pais ou para morarem sozinhos (Suiyama et al., 2007).

A segunda experiência (Moradia Assistida) foi um projeto do CAPS Luís da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, iniciado em 1998, destinado a usuários do CAPS com

dificuldades de moradia (Suiyama et al., 2007). O projeto durou até o ano de 2003, finalizado devido à falta de recursos financeiros e humanos (Rosa, 2005).

Assim, ressalta-se a importância de debruçar-se sobre as *formas de morar* destas pessoas que não "se encaixam" nas premissas dos SRTs, mas mesmo assim necessitam de formas de morar dignamente.

b. O trabalho

Este eixo da *reabilitação como cidadania* é permeado de contradições, uma vez que o uso do trabalho foi desde sempre incluído no rol de intervenções reabilitatórias, no campo psiquiátrico.

O uso do trabalho como *instrumento terapêutico*, para ocupar o tempo ocioso ou para gerar moedas de trocas sempre muito subalternas e desiguais, permeia a história da psiquiatria até os dias atuais, basta que se adentre qualquer instituição psiquiátrica de regime total remanescente.

Utilizado para ordenar o tempo do *alienado* e para manter a própria instituição, o trabalho é visto nas instituições totais como balizador das capacidades dos indivíduos de estar no mundo exterior:

> O trabalho aparece valorizado como importante indicador do funcionamento social e visto como função recíproca complexa entre o indivíduo e os lugares econômicos e sociais, mas, sobretudo como faculdade intrapsíquica de adaptação (Saraceno, 2001, p. 127).

No entanto, na perspectiva da *reabilitação como cidadania*, a discussão sobre o trabalho parte da idéia de "função de produção de sentido econômico, social e psicológico" (Saraceno, 2001, p. 127). Contrapõe-se ao pressuposto do *campo psiquiátrico* de normalização dos desabilitados nos confrontos com o mercado de trabalho.

O *campo psicossocial,* na perspectiva da *reabilitação como cidadania*, portanto, concebe o exercício da atividade produtiva que produz renda, o trabalho, como direito, que pode garantir acesso às trocas sociais porque

> a necessidade de inclusão no processo de produção da vida material pelo trabalho é um aspecto fundamental das relações sociais e diz respeito aos direitos de cidadão dos usuários dos serviços de saúde mental (São Paulo, 2008).

Saraceno (2001) afirma que é no trabalho como base concreta de comunicação que se estabelecem práticas de negociação e troca. Entretanto, é importante levar em consideração que a inserção dessa população no mercado de trabalho, sob a lógica capitalista baseada na competição, coloca o usuário dos serviços de saúde mental em desvantagem no jogo social (Aranha e Silva, 1997; Nicácio et al., 2005). Exatamente devido às suas

> características peculiares: baixo grau de escolaridade, formação profissional precária, inserção preconceituosa no imaginário coletivo, habilidade intelectual restringida pelo uso de psicofármacos, relação familiar permeada pela desconfiança com relação à sua capacidade produtiva, além da condição sócio-econômica dependente (Aranha e Silva, 1997; São Paulo, 2008, p. 102).

Ballan (2010) afirma que sustentar e operacionalizar projetos de geração de trabalho e renda se configura como instrumento de produção de protagonismo, autonomia e inclusão social. Estes projetos devem então, ser antagonistas à lógica do trabalho competitivo, como forma de adaptação social, ou como mantenedores das instituições totais. Segue-se então a lógica do trabalho como *direito*[42].

[42] Empreendimentos Econômicos Solidários, EES, compreendem formas comunitárias e democráticas de organizar a produção e o consumo de diversas modalidades, organizações econômicas compostas por indivíduos, grande maioria excluídos do mercado de trabalho, como alternativa coletiva de sobrevivência, realizam atividades econômicas de produção de bens, de prestação de serviços, de fundos de crédito (cooperativas de crédito e os fundos rotativos populares), de comercialização (compra, venda e troca de insumos, produtos e serviços) e de consumo solidário (Ministério do Trabalho e Emprego, 2006). Ver mais em: Ballan C. O Livro das Receitas d'O Bar Bibitantã: conquistas e desafios na construção de um empreendimento econômico solidário na rede pública de atenção à saúde mental no Município de São Paulo [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 2010.

Uma das funções dos trabalhadores de saúde mental, guiados pelos eixos da *reabilitação como cidadania*, diz respeito à criação de dispositivos que respondam à necessidade de inserção no trabalho e/ou acesso à renda.

c. Redes sociais e trocas sociais

A rede social é o lugar onde as trocas sociais são possíveis de serem realizadas. Seu empobrecimento significa a desfiliação e falta de contratualidade neste cenário (Saraceno, 2001). A possibilidade do encontro com o outro, do estabelecimento de relações, mais ou menos democráticas, caracterizam a construção das redes sociais. Contar com pessoas no contexto da vida cotidiana, trocar afetos, dentro ou fora do contexto familiar, vivenciar experiências com outras pessoas, caracterizam uma rede social ampliada.

A construção sobre o conceito de autonomia elaborada por Kinoshita (2010) pode ser transportada para a compreensão de rede social:

> Somos mais autônomos quanto mais dependentes somos de tantas mais coisas podemos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (Kinoshita, 2010, p. 57).

Da mesma forma, a construção ou re-construção da rede social ampliada e das trocas sociais pode partir da premissa de que quanto mais os sujeitos necessitam de mais pessoas e coisas, tanto maior é sua contratualidade nas redes sociais. A situação de dependência restrita é que diminui a contratualidade do sujeito neste cenário.

Assim, cabe aos profissionais comprometidos com o processo de reabilitação ajudar o usuário a construir uma rede de relações de dependência a mais diversificada possível, na qual a autonomia dos sujeitos esteja vinculada à dependência de relações variadas. Depender do transporte público para realizar sua locomoção nos diversos locais de troca, e não de um familiar em exclusivo ou de um trabalhador do serviço, por exemplo. Ou relacionar-se com o dono da padaria, da mercearia ou do armazém, no lugar de ter alguém que realize suas trocas materiais.

Estes atos enriquecem a rede social das pessoas.

E o enriquecimento das trocas sociais proporciona o enriquecimento do cotidiano. O aumento das fontes de prazer e a diversidade de locais de movimentação. Enfim, a reabilitação psicossocial envolve também o aumento da diversidade de possibilidades de acontecimentos da vida real.

4 Resultados e discussões

4.1 Maria Luiza da Silva

Maria Luiza da Silva tem 33 anos e nasceu em São Paulo, em 28 de abril de 1977, na região do Bom Retiro. Não fala muito dos pais e tem dificuldades de lembrar sua infância. Viveu com a mãe até 01 (um) ano de idade, quando então os pais se separaram. No período em que estava com os pais, viveu em um quartinho nos fundos da casa de seus avós paternos.

> *Na rua Sólon, não sei o número, aonde depois minha avó e meu vô paternos fizeram um bar. E diz que no fundo daquele bar, na casa em cima, num quartinho, moraram meu pai e minha mãe. Que eu acho que foi ali onde eu nasci. Meu pai e minha mãe se separaram eu tinha um ano. Quem me criou foi minha avó, minha tia e meu avô paternos (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Após a partida dos pais, Maria Luiza ficou com os avós paternos e a tia, que a criaram e a educaram. Passou metade de sua infância no Bom Retiro, quando ela e sua família se mudaram para a região da Vila Romana, também em São Paulo.

> *Não sei se eu saí dali com nove anos ou com dez anos que eu fui pra Vila Romana (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Ela fala pouco de sua infância, diz recordar-se pouco, ou também pela simples razão de não gostar de tocar no assunto. Diz ter tido uma vida normal: estudava, brincava e fazia tudo que uma criança gosta de fazer.

Por volta dos treze anos de idade, ela e sua família (avô, avó e tia) se mudaram para Londrina. Lá, montaram uma padaria nos fundos da casa. De acordo com Maria, era uma padaria para entregar pão para as outras padarias.

> *Meu tio que era empresário de cantor sertanejo e minha tia e acho que minha avó também, combinaram de montar uma padaria, no fundo da casa, para entregar pão pras outras Todo dia de manhã meu tio saía com a Kombi para entregar pão. Acho que era meu tio (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Viveu em Londrina até 16 anos de idade, com a família paterna. Continuava sem contato com a mãe, que só viu duas vezes desde que os pais se separaram. Nesse período, também não teve contato com o pai.

> *Meu pai foi morar em Guairá. Quando eu tinha treze anos e dezenove anos, quando eu fui na casa da minha mãe pela segunda vez, ela morava ali na nove de julho (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Ela não gosta de falar a respeito da mãe. Costuma dizer "*falou de mãe mexeu comigo*" e prefere não comentar. Relata que algo importante aconteceu em sua vida aos 16 anos de idade, ainda morando em Londrina, com os avós e os tios, quando teve uma experiência que até pouco tempo não se lembrava.

> *Com 16 anos eu cometi um erro na minha vida. Tanto que ontem eu tava comentando até com uma pessoa da igreja. Eu estava indo pra escola, só que eu tava procurando um centro de macumba que eu não achava. Aí eu olhei assim numa casa, achei que era essa casa, mas não era ali. Tinha um homem de muletas. Aí ele falou que era dali. Aí eu entrei dentro da casa e só tinha uma cama. Aí esse homem me levou pra cama. Eu acabei indo. Ele perguntou assim: tem jóias na sua casa? Tem alguma coisa de ouro? Aí eu falei: tem. Ele falou: então você traz pra mim. E eu levei. Levei todos os meus... meus não, todos os anéis que meu tio tinha comprado quando era empresário de cantor sertanejo e levei pra esse homem. Eu roubei praticamente da gaveta do quarto dele e levei. Aí um dia ele tava procurando os anéis e não encontrou. Aí eu acabei contando. Falei: Fui eu quem peguei. Aí eu não sei que rolo que deu lá. Acho que rolo não foi nenhum. Foi ele mesmo que ficou muito nervoso e chamou meu pai. Que morava em Guaíra que veio pra resolver umas coisas na delegacia. Eu nunca contei essa história pra ninguém. Ontem eu falei lá na igreja porque eu lembrei (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Após este episódio, seus tios entraram em contato com seu pai e pediram que viesse buscá-la. Bastante confusa no que diz respeito a alguns aspectos de sua história, acredita que foi nesse momento que foi morar com o pai, junto com a madrasta e seu irmão, filho do segundo relacionamento do pai.

> *Só que aí eu fui morar com meu pai, minha madrasta e meu irmão. E quando eu tinha 21 anos eu briguei com meu irmão, aí meu irmão me deu um tapa na minha cara, 21 ou 23 anos, mais ou menos isso. Aí eu tive que morar com a minha tia, em Mongaguá (Entrevista com Maria Luiza).*

Após alguns anos em São Paulo, oscilando entre a moradia na rua e nas casas de pessoas que a acolhessem, Maria Luiza entrou em seu primeiro albergue.

> *Depois dessa casa eu saí e fui morar num albergue. Não foi muito bom não. Eu tinha que vir pro CAPS toda semana lavar roupa, pra não roubarem minhas roupas. Roubaram uma calça, uma blusinha e um uma blusa de frio. Uma blusinha roxa e uma blusa de frio cor-de-rosa. Eu tomava café no albergue. Tomava banho... E depois saía logo de manhã. Saía pra rua. Porque não pode ficar no albergue. Tem que sair logo de manhã. Eu ia pra rua. E depois eu vinha pra cá né... (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Maria Luiza relata que freqüentemente tinha crises epilépticas no albergue em que morou, e lá eles chamavam o Serviço de Atenção Médica de Urgência, SAMU, e que numa dessas crises, ela foi levada ao Hospital das Clínicas, HC, que a diagnosticou e solicitou inserção em serviço de saúde mental. Quando fala sobre essa fase, mais uma vez diz que foi tudo muito confuso. Não se lembra como foi o início de sua inserção no CAPS.

> *Não lembro. Vai ver que era a vida. As dificuldades da vida. Saber que às vezes eu queria um café, e não tinha um real pra pagar. Que me deixou dessa forma. Como tem pessoas, tem até um usuário do CAPS que mora num albergue e às vezes ele fica um pouco sozinho, fica meio nervoso, não quero falar o nome dele. Mas tem um usuário do CAPS que é assim (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Castel (1994) compreende as redes sociais e pessoais de suporte e a inserção no mundo de trabalho como elementos fundamentais na definição de maior ou menor vulnerabilidade dos sujeitos. A ruptura nestes dois grandes eixos, o autor denomina de *desfiliação*.

A vida levou Maria Luiza ao CAPS. Desfiliada (Castel, 1994), morando em albergue, sem familiares, ela com ela.

Para o autor, inserção social deve ser analisada a partir de dois eixos: o da relação de trabalho (com uma gama de posições, do emprego estável à ausência completa de trabalho) e o da inserção relacional (entre a inscrição nas redes sólidas de sociabilidade e o isolamento social total).

O recorte desses dois eixos circunscreve zonas diferentes do espaço social: *zona de integração* – onde se dispõe de garantias de um trabalho permanente e podem-se mobilizar suportes relacionais sólidos; *zona de desfiliação* – onde se conjuga ausência de trabalho e isolamento social, implicando uma dupla ruptura das redes de sociabilidade e participação; z*ona de vulnerabilidade* – que associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional (Castel, 1994).

Assim, Maria Luiza vai passando, em seu percurso no CAPS, de um lugar de total desfiliação, onde os dois grandes eixos estabelecidos pelo autor estão em ruptura – se encaixando então na zona de vulnerabilidade – para a construção de seu espaço de integração.

Para interferir nessa realidade são necessárias mais que ações localizadas no serviço.

4.2 A construção do projeto terapêutico singular relaciona-se com as políticas públicas e o projeto coletivo institucional

O CAPS III Itaim Bibi é um serviço da rede pública, comunitário, aberto, tem por objetivo prestar cuidados de saúde mental intensivos e cotidianos às pessoas com experiência de transtornos mentais e seus familiares, de acordo com as diretrizes da Portaria nº 336, de 2002 (Relatório, 2009).

A população adstricta é heterogênea e evidencia disparidade social, de acesso a bens de consumo e a serviços públicos de saúde

a. Brooklin \ Vila Olímpia: caracteriza-se por ser um território de desocupação pela especulação imobiliária, havendo crescimento de grandes escritórios, deslocamento da população pobre para a periferia. Possui como recursos a UBS Meninópolis, a Escola de Música Tom Jobim, e o Serviço Residencial Terapêutico.
b. Itaim \ Jardim Paulista: caracteriza-se pela alta população idosa, classe média alta, população de trabalhadores domésticos, de serviços e comércio. Possui como recursos territoriais a UBS Magaldi, a Biblioteca Anne Frank, o Parque do Povo, o Teatro Vento Forte e a Associação de Amigos do Itaim.
c. Pinheiros \ Vila Madalena \ Alto de Pinheiros: Território caracterizado por 90 % dos problemas de Pinheiros serem encontrados no Largo da Batata. Como recursos no território possui um pequeno parque para a terceira idade, dois albergues, duas casas de convivências, CAPS AD, Unidade Básica de Saúde com PSF Pêra, Sesc de Pinheiros. No Alto de Pinheiros, que se caracteriza por ser uma região residencial de classe média, há como recursos no território um PS e uma Unidade Básica de Saúde de Pinheiros. O PS da Lapa fica na divisa com a Lapa. Configura-se como sendo o território com maior população de moradores de rua (Relatório, 2009; Ballan, 2010).

O serviço promove articulação com outros equipamentos de saúde do território. É realizada uma reunião bimensal com as 04 (quatro) equipes do Programa Saúde da Família, PSF, e seus respectivos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF, do território de abrangência.

Há troca de informações das equipes de referências de trabalhadores do CAPS com as equipes do PSF da região onde o usuário mora para discussão dos casos acompanhados em conjunto. Há também articulação, através de reuniões sistemáticas com UBS, albergues e pactuação de encaminhamento de/para PS, quando assim se faz necessário (Entrevista com o gerente, 2011).

Como CAPS III 24 horas, oferece hospitalidade integral,

> *e para isso conta com 06 (seis) camas, o que permite a possibilidade de prevenção de internações em hospitais psiquiátricos (Entrevista com o gerente, 2011).*

Na hospitalidade noturna, há o acordo da equipe de trabalhadores sobre o fechamento dos portões do serviço às 19:00 horas, com a finalidade de proteger os que estão dentro do prédio. No entanto, não há impedimento de saída ou entrada dos usuários no serviço, de acordo com suas necessidades e dos acordos prévios com a equipe de referência. Os mesmos portões são abertos às 7:00 horas da manhã. Tal procedimento ocorre todos os dias da semana, porque

> a lógica da hospitalidade noturna segue o pressuposto de que ficar à noite responde a um projeto terapêutico que está indicado, de acordo com as necessidades de cada usuário, sendo um dispositivo e um recurso que serve para um processo de acompanhamento, configurando-se como continuidade do acompanhamento diário (Relatório, 2009).

Com relação às instâncias de organização do serviço, existem no CAPS III, as colegiadas responsáveis pela gestão e as formadas por coletivos de trabalhadores e destes com usuários:

> *o conselho gestor composto pelos três segmentos (funcionários, usuários e população) e o colegiado de gestão, configurando-se como as duas instâncias maiores em termos de organograma. Seqüencialmente vem a reunião geral (reunião com todos os trabalhadores do serviço) e a assembléia (reunião da qual todas as pessoas do CAPS participam, principalmente os usuários do serviço), configurando-se como segunda instância de decisão. A terceira instância de deliberação e decisão são as mini-equipes do território (Entrevista com o gerente, 2011)* [43].

Como serviço territorial, que funciona com as portas abertas[44], o acolhimento pode ocorrer por agendamento diurno, que vai até as 17:00 horas, que são distribuídos pelas mini-equipes, de acordo com o território de origem da pessoa que procura o serviço.

---

[43] Refere-se aqui às equipes de referência. Este conceito é explorado no tópico A, do item 4.4, mais adiante neste trabalho. Segundo a gerência do serviço, os grupos de acompanhamento, compostos pelos trabalhadores de referência e seus usuários são uma quarta instância de deliberação.

[44] Para aprofundar a conceitualização de serviço *portas abertas* recomenda-se a leitura do artigo: Nicácio F, Mângia EF, Ghirardi MIG. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V. 16, n. 2, p. 62-66, maio/ago., 2005.

O acolhimento também ocorre diante da presença espontânea, com a ida do usuário ao serviço sem agendamento. Quando é assim, é realizado por profissional da mini-equipe responsável pelo território de origem do usuário e que está responsável pela coordenação de período.

> *Após o acolhimento é feita a avaliação das necessidades e do perfil para definição da permanência ou não do usuário no serviço. Tal definição segue as especificações das políticas nacionais de saúde mental. Para fazer a matrícula o usuário precisa do documento de identidade e do cartão SUS, no entanto, seu acolhimento e futura inserção no serviço não ficam impossibilitados caso não possua tais documentos (Entrevista com o gerente, 2011).*

Uma vez matriculado, o usuário faz parte de uma das três mini-equipes e fica sob responsabilidade de uma dupla ou um trio de profissionais de referência, composto no mínimo por um profissional técnico[45] e um não-técnico.

> *É então montado, em parceria e com participação direta do usuário, um plano terapêutico individual que visa atender às necessidades da pessoa. Este plano diz respeito à construção de um projeto para a vida. Desta forma, todas as ações dentro e fora do serviço envolvendo um determinado usuário, segue o fluxo de suas necessidades. Assim, sua entrada, seu percurso, e sua saída, seguem as demandas exigidas para a sua vida, não havendo um padrão para todos os usuários do serviço (Entrevista com o gerente, 2011).*

Essa descrição do processo de construção do projeto terapêutico singular, a partir das necessidades singulares de cada usuário é contraditória como a característica prescritiva e gradeada das atividades oferecidas aos usuários. A descrição parece mais um cardápio fechado que um campo de construção de novas formas de abordar e lidar com pessoas com experiência de sofrimento psíquico intenso.

Na descrição das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPS para os usuários, não ficam claras quais são as de "sociabilidade" e o que isso significa e quais são as atividades "clínicas", e o que isso significa. Elas são descritas conforme a narrativa abaixo:

> *Existem as atividades de sociabilidade, que são projetos de atividades culturais com caráter de resgate de cidadania. Essas atividades envolvem:*

[45] Profissional técnico: que possui o terceiro grau. Profissional de apoio: que possui segundo grau de escolaridade.

a. *o Cordão Bibitantã, que vai de outubro até março;*
b. *a festa junina; e*
c. *a oficina de mitologia, que é um espaço de inserção na biblioteca de Pinheiros (Entrevista com o gerente, 2011).*

Com relação às atividades "clínicas", depreende-se que se referem aos Grupos de Referência (grupos de acompanhamento), sob responsabilidade de cada uma das três mini equipe e que cada uma possui quatro grupos, totalizando 12 (doze). Além destes, são elencados outros grupos:

a. *Grupo de comunicação;*
b. *Grupo de atividades esportivas;*
c. *Grupo de ouvidores de vozes;*
d. *Grupo de famílias;*
e. *Atividade corporal, integrada com o Instituto de Bioenergética, que acontece no CAPS e também no território, e em ambos os locais é aberta para o público em geral, e não apenas para os usuários do CAPS;*
f. *Grupo de pintura coordenado por uma auxiliar de enfermagem da prefeitura e contratada suplementarmente pela parceira (Associação Saúde da Família).*

Além das atividades de sociabilidade e dos grupos do CAPS, há também um projeto de geração de renda, O Bar Bibitantã, que se caracteriza por ser um empreendimento de Economia Solidária (Entrevista com o gerente, 2011).

Essas são as bases para a organização deste serviço, segundo a gerência: a Lei nº 10.216, de 2001, a Portaria nº 336, de 2002, o Relatório do Processo de Capacitação do CAPS III Itaim Bibi, de 2009. Contraditoriamente, não há normativas ou diretrizes políticas encomendadas pela Secretaria Municipal de Saúde para o funcionamento do serviço à parceira de gestão. Esse fato relaciona-se à opção do gestor local pela transferência da gestão do sistema de saúde, já abordado anteriormente.

4.3 Fluxograma descritor: uma estratégia metodológica para captar *ruídos* e *nós críticos* para guiar os processos de trabalho de uma equipe de referência do CAPS III

No processo de construção do *fluxograma analisador* ou *fluxograma descritor*, é possível detectar os *ruídos* e *nós críticos* que se estabelecem no cotidiano do serviço. Merhy et al. (2007) afirmam que esses ruídos são cheios de significados, e permitem visualizar "os acordos e os contratos que existem", mas é também através deles que novas possíveis transformações do cotidiano do serviço podem ocorrer (p. 117).

Os autores afirmam que os ruídos não devem ser vistos como "disfunções a serem corrigidas", mas "escutados como emergência de possibilidades de novas intencionalidades no campo de ação, fundamentalmente no campo das necessidades" (Merhy et al., 2007, p. 124).

Assim, será feita uma descrição inicial do fluxograma para permitir a visualização dos *ruídos* e *nós críticos* na trajetória e da relação de Maria Luiza com o serviço. São questionamentos, reflexões críticas, feitas a partir da tomada de decisões nos processos de trabalho da equipe e referência.

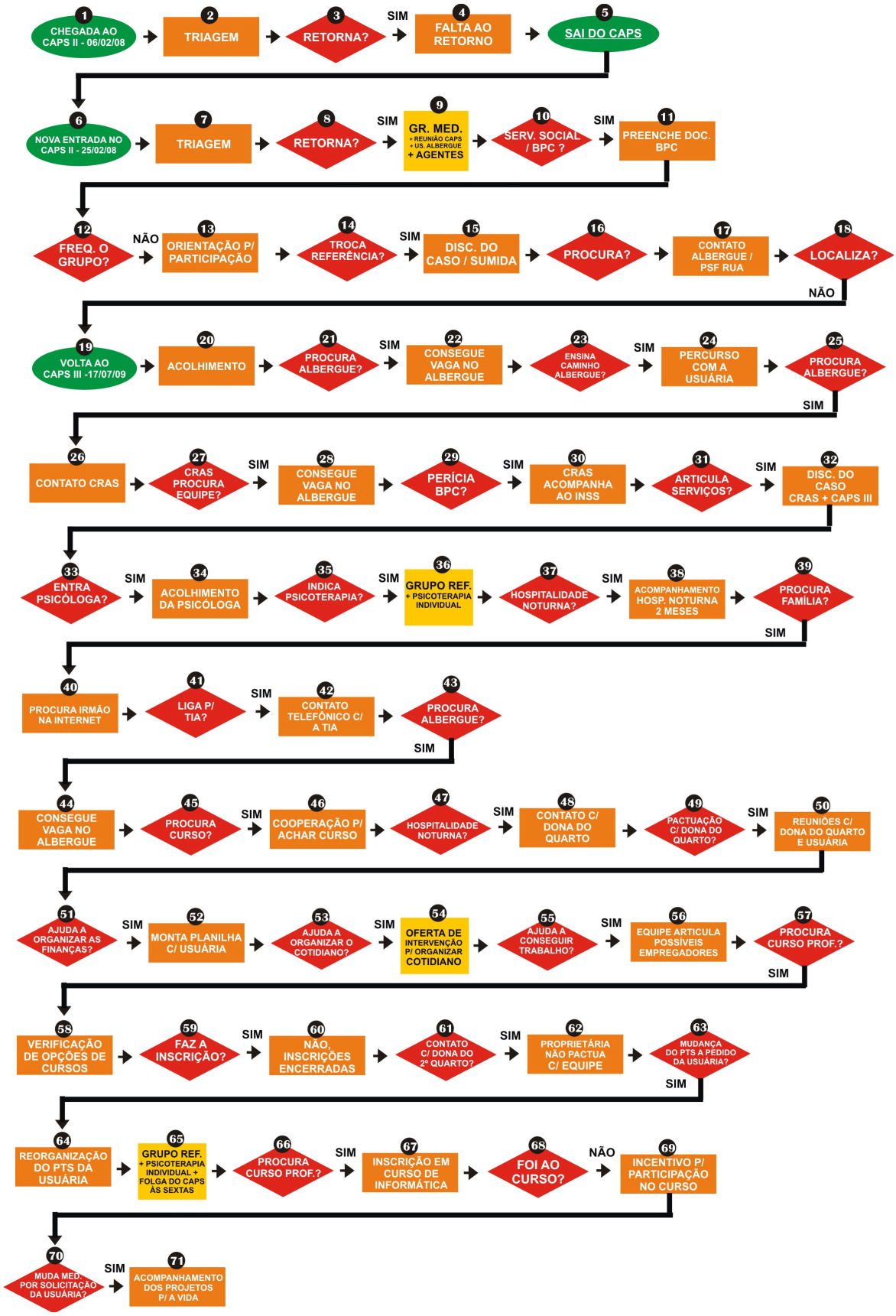
Na representação universal do fluxograma, são utilizados quatro símbolos:

- *elipse* representa a entrada ou saída do processo de produção de serviços;
- *losango* os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho;
- *retângulo* representa o momento de intervenção;
- *quadrado* representa o cardápio ofertado aos usuários para sua inserção no serviço (Franco & Merhy, 2006).

No percurso de Maria Luiza a *elipse* representa uma determinada parada na cadeia produtiva de cuidado, mas não representa *alta*, pois ela nunca recebeu alta do serviço.

O fluxograma (Figura 1) é essencialmente descritivo e serviu de base empírica para a construção da análise dos processos de trabalho do Item 4.4

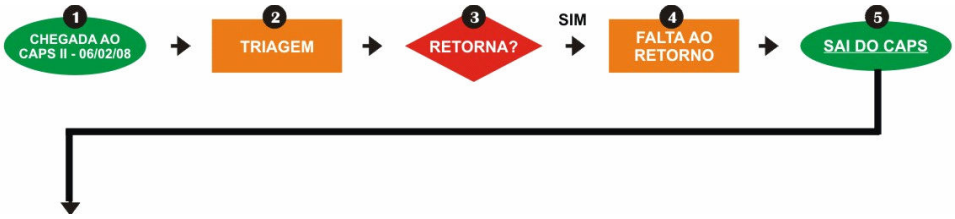
Figura 1: Fluxograma descritor: *ruídos* e *nós críticos*, 2011.



Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

Itinerário da Maria Luiza no CAPS II

Figura 2: Fluxograma descritor: Primeira chegada e primeira saída do CAPS, 2011.



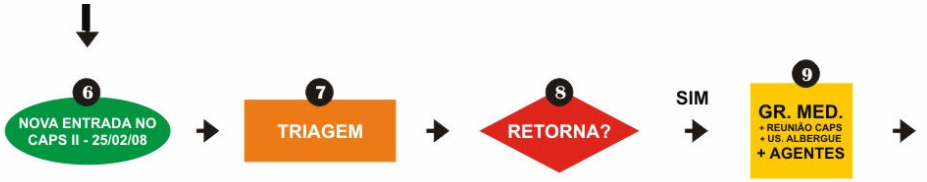
Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

Descrição da Figura 2: Maria Luiza chega ao CAPS portando encaminhamento do Hospital das Clínicas devido às crises convulsivas. Passa em triagem e é então marcado seu retorno, no entanto ela não retorna na data marcada.

Ruído: Não tem nenhum registro em prontuário da equipe do CAPS II de busca ativa e de como foi a triagem e qual a demanda que justifica seu retorno.

Nó Crítico: a usuária abandona o serviço e a equipe do CAPS II não se mobiliza com isso.

Figura 3: Fluxograma descritor: Primeiro retorno ao serviço e primeiro cardápio, 2011.



Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

Descrição da Figura 3: Espontaneamente Maria Luiza retorna ao serviço, passa por triagem novamente e é inserida nos grupos descritos (grupo de medicação e grupo de usuários de albergue, CAPS e Agentes dos Albergues). Continua sem "aderir" ao serviço.

Ruído: o projeto terapêutico singular não é construído em conjunto com Maria Luiza.

Nó Crítico: a usuária não se vincula ao serviço, freqüenta o CAPS II esporadicamente e a equipe não se mobiliza com isso.

Figura 4: Fluxograma descritor: Continua - Primeiro retorno ao serviço e primeiro cardápio, 2011.

Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

Descrição da Figura 4: Maria Luiza não freqüenta os grupos. Não se identifica com o serviço. Procura o CAPS para resolver demanda imediata (10 e 11) e para ver a possibilidade de conseguir o BPC[46]. A assistente social intervém para realizar o preenchimento da documentação.

Ruídos: como é feita a construção do projeto terapêutico singular? Como a usuária participa? Qual o sentido do grupo para Maria Luiza? Ninguém sabe onde ela se encontra.

Nó Crítico: A falta de "adesão" ao serviço e à equipe de referência da época resulta no afastamento dela, que deixa de freqüentar o CAPS II. Freqüenta o CAPS II esporadicamente. A equipe decide orientá-la a participar.

Observação: até este ponto da linha do tempo, não serão identificados processos de trabalho para serem analisados porque a equipe de referência da época se dissolveu com a implantação do CAPS III, em maio 2009, e não foi possível articular os trabalhadores para a elaboração do fluxograma. A única trabalhadora remanescente era a psiquiatra, que se encontrava de licença médica na época da coleta dos dados empíricos.

Itinerário da Maria Luiza no CAPS III

Figura 5: Fluxograma descritor: Mudança de referência. Implantação do CAPS III, 2011.

Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

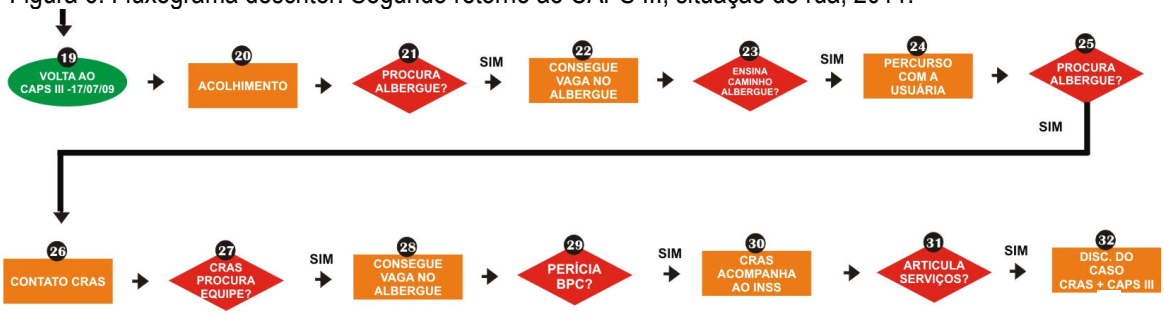
[46] BPC-LOAS: Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC. É concedido ao idoso e à pessoa com deficiência, sendo um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal. Foi instituído pela Lei nº 8.742/1993.

Descrição da Figura 5:: Implantação do CAPS III (14, 15, 16, 17 e 18). Mudança de referência. Maria Luiza não freqüenta o CAPS regularmente. Discussão em reunião geral de equipe.

Questões: Onde está a Maria Luiza? Quem é a Maria Luiza?

Nó crítico: Maria Luiza está em situação de rua. Decide-se buscá-la no albergue através do PSF Rua responsável pela área de abrangência do albergue.

Figura 6: Fluxograma descritor: Segundo retorno ao CAPS III, situação de rua, 2011.



Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

Descrição da Figura 6: Retorna ao CAPS espontaneamente. Necessita que a equipe encontre vaga em albergue. Nova equipe de referência encontra vaga em albergue. Vai ao albergue. Durante o fim de semana volta ao CAPS e não consegue retornar ao albergue. Passa o fim de semana na rua. Volta ao CAPS (23 e 24). Relata que se perdeu. Equipe de referência faz o percurso de ônibus junto com ela para que aprenda o caminho.

Maria Luiza é expulsa do albergue (25, 26, 27 e 28) e a assistente social do CRAS Pinheiros ajuda buscar vaga. Os dois serviços se articulam para operacionalizar o BPC. A assistente social do CRAS a acompanha ao INSS para fazer perícia (29 e 30). A equipe de referência do CAPS III articula reunião com trabalhadora do CRAS para sincronizar ações (31 e 32).

Ruído: Discussão do caso marcada. Não há registro em prontuário da decisão de articular as ações entre os serviços (CAPS e CRAS), ainda que avaliada como importante para a vinculação dela com o CAPS III e suas referências.

Questões: qual o nível de responsabilização de cada serviço para compartilhamento das informações?

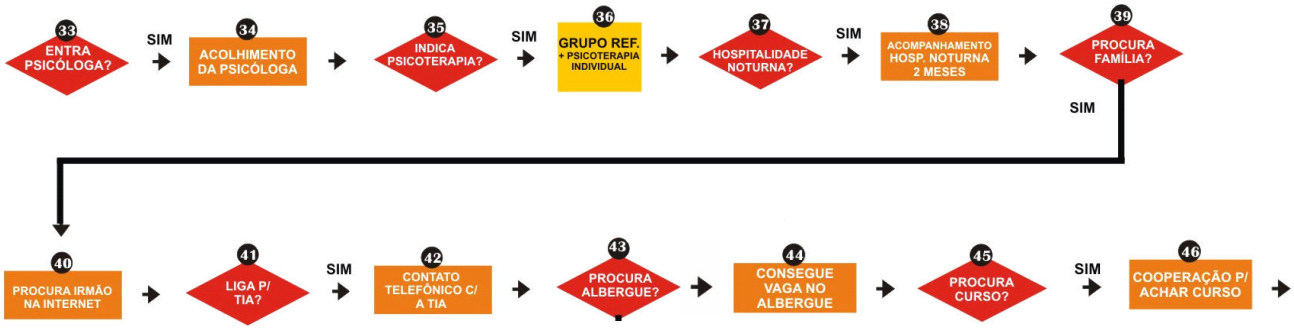
Nós Críticos: Construção de vínculo com Maria Luiza. Mediação para enfrentar problemas de moradia. Articulação com outro serviço para acesso a BPC.

Síntese parcial: Processos de trabalho dessa equipe de referência

1. *Promover a adesão ao serviço e vinculação com a equipe de referência;*
2. *Mediar os problemas de moradia: conseguir vaga em albergue, alugar vaga em quarto;*
3. *Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada.*

A análise destes processos de trabalho encontra-se no Item 4.4, a seguir.

Figura 7: Fluxograma descritor: Hospitalidade integral, ampliação do PTS, contato com a família 2011.



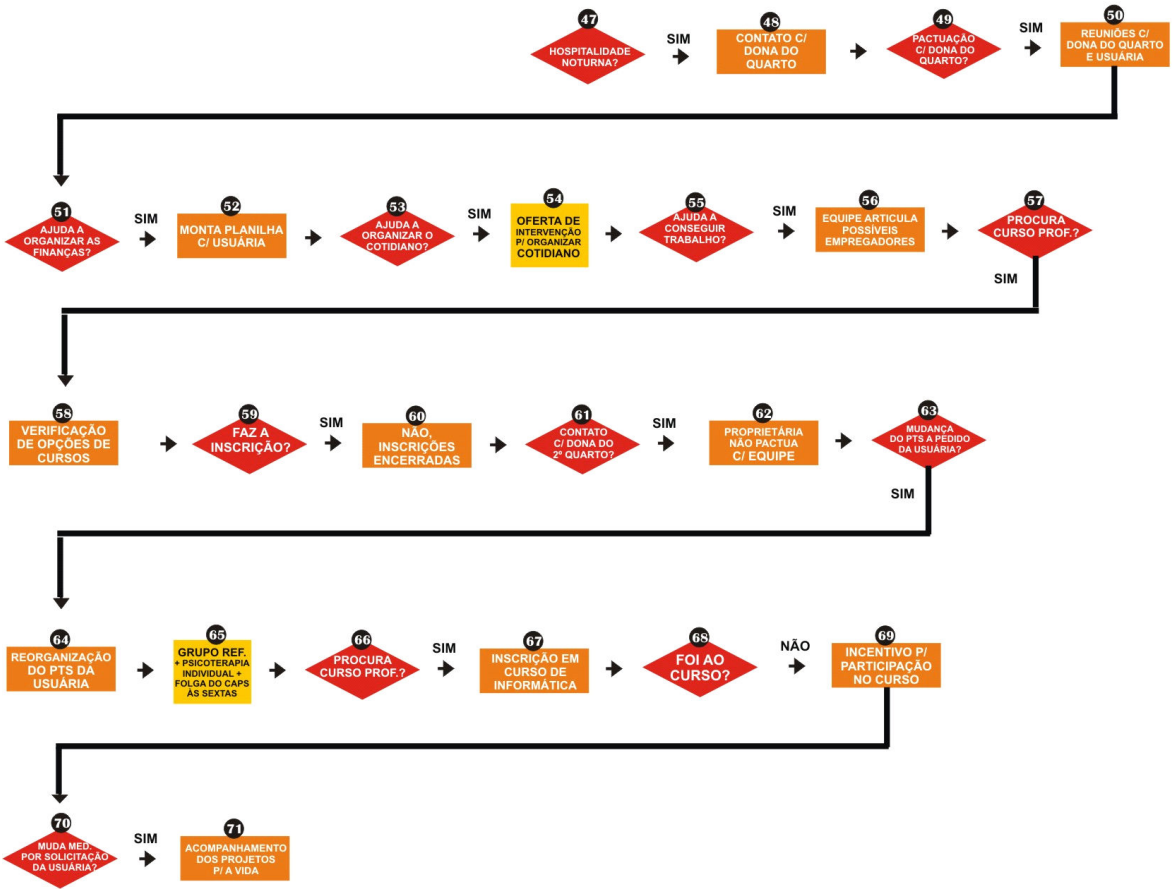
Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

Descrição da Figura 7: Maria Luiza continua no albergue (33, 34). Participa eventualmente dos grupos. Uma psicóloga entra na equipe de referência. Participa do grupo de referência e psicoterapia individual. Expulsa do albergue (35 e 36). Hospitalidade noturna por dois meses. Início do contato com a família (40, 41 e 42).

Ruído: Desejo pela inserção em curso profissionalizante. Busca a equipe na tentativa de operacionalizar este desejo. Não consegue se vincular a nenhum curso.

Nó Crítico: Essa equipe de referência decide então cooperar para encontrar os cursos profissionalizantes.

Figura 8: Fluxograma descritor: Hospitalidade integral, apropriação do PTS, 2011.



Fonte: Equipe de Referência e Prontuário, 2011.

Descrição da Figura 8: Expulsa do quarto (47, 48, 49 e 50). Hospitalidade integral. Muda para outro quarto. Problemas na relação com a nova proprietária (61 e 62). Vinculação de Maria Luiza ao serviço. Apropriação do projeto terapêutico singular (63, 64 e 65).

Ruído F: Não há registro no prontuário sobre a saída do albergue e aluguel do quarto e de quando passou a receber BPC/LOAS, mesmo diante de intensa intervenção dessa equipe de referência nesse processo. Tem dificuldades para administrar os recursos financeiros (47 e 48). Tem dificuldade para administrar seu cotidiano (51, 52 e 53). Tem dificuldade para encontrar vaga de trabalho temporário (55 e 56).

Questão: Como essa equipe de referência do CAPS III se coloca como parceira na relação entre Maria Luiza e a proprietária do quarto? E como essa equipe realiza modificações no PTS a partir da apriopriação do mesmo por Maria Luiza?

Nó Crítico: Mediar conflitos entre ela e a proprietária do quarto. Ajudar a administrar finanças, cotidiano e na procura por vaga de trabalho temporário ou informal. Re-construir, de forma compartilhada, o PTS.

Síntese parcial: Processos de trabalho dessa equipe de referência

4. Mediar o processo de resgate do vínculo com os familiares;
5. Mediar a procura por curso profissionalizante;
6. Mediar relação com as proprietárias dos quartos;
7. Ajudar a organização do cotidiano;
8. Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal;
9. Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado.

Esse estudo estabeleceu uma distinção didática para o entendimento do que é *ruído* e *nó crítico*. Essa distinção se justifica como uma estratégia para facilitar a operacionalização da análise dos processos de trabalho dessa equipe de referência no acompanhamento do itinerário de Maria Luiza.

Os *ruídos* foram detectados durante a construção do fluxograma, junto à equipe de referência. Por meio deles foi possível detectar problemáticas advindas dos processos de trabalho. Entretanto, essa equipe de referência não desenvolveu necessariamente processos de trabalho na perspectiva de sua solução, mesmo porque os *ruídos* não estavam necessariamente visíveis, dado esperado na construção de um fluxograma.

A identificação dos *nós críticos* listados abaixo é conseqüência do processo de discussão e análise conjunta, dessa equipe de referência e pesquisadora, da linha do tempo construída a partir das anotações do prontuário de Maria Luiza.

Após esse procedimento conjunto e a análise dos dados empíricos, pela pesquisadora, foram eleitas as situações que essa equipe tomou como *problemáticas* ou como *finalidade* dos seus processos de trabalho.

4.4. Processos de Trabalho dessa equipe de referência do CAPS III para a construção compartilhada de projetos para a vida da Maria Luiza

Os dois elementos constitutivos dos processos de trabalho são: os *meios de produção* e a *força de trabalho* (Marx, 1988).

O primeiro elemento do processo produtivo são os ***meios de produção*** ou os elementos materiais que participam do processo de produção de forma direta ou indireta são: a *matéria prima* e os *instrumentos de trabalho*.

A *matéria prima* é o *objeto de trabalho* já incorporado de trabalho humano anterior e é sobre a qual se aplica o trabalho no processo de produção. Este objeto será transformado em novo produto.

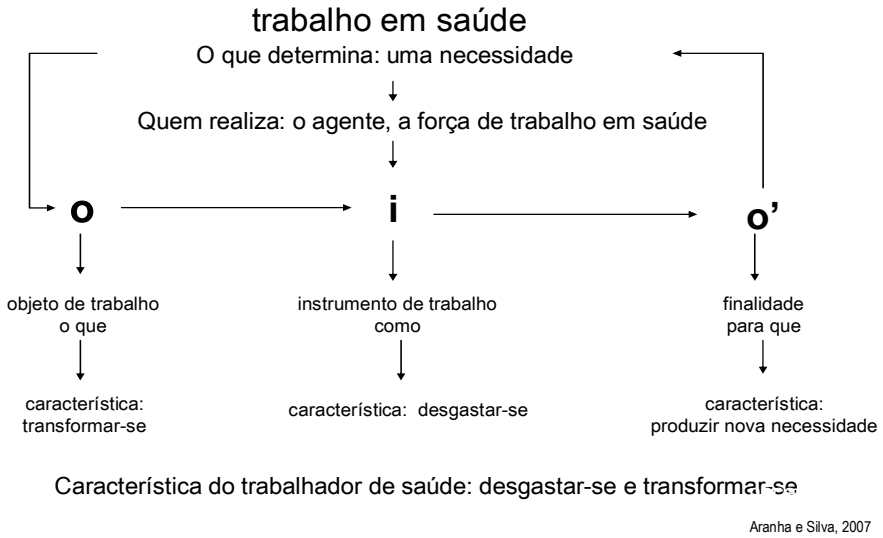
Os *instrumentos de produção* são "os elementos como ferramentas, máquinas, etc. utilizados para transformar a *matéria prima* num objeto útil e apenas se desgastam no processo", não transferindo materialmente nada de si ao novo produto (Marx, 1998; Paro, 1988:41; Aranha e Silva, 1997).

O segundo elemento é a ***força de trabalho*** ou capacidade de trabalho, que é a energia humana gasta no processo de produção. É "o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um ser humano e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie" (MARX, 1988:135).

Tais componentes são condições necessárias para a realização do processo de trabalho. Este se extingue quando o produto é concluído (Leão, 2010). Em saúde, os processos de trabalho não objetivam a produção de bens materiais, mas a produção de serviço, constituindo-se então como trabalho imaterial.

Sendo assim, os processos de trabalho em saúde correspondem às estratégias desenvolvidas para responder às necessidades de saúde de dada população.

Esquematicamente, de acordo com a representação gráfica elaborada por Aranha e Silva (2007), pode-se representar os processos de trabalho em saúde da seguinte forma:



A leitura das *necessidades de saúde*, que guia os processos de trabalho em saúde, varia de acordo com a concepção de processo saúde/doença do agente dos processos de trabalho (força de trabalho, agente político, gestor de políticas públicas).

No campo da saúde mental e na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira, esta leitura pode ser baseada no modelo biomédico (campo psiquiátrico) ou na antagonista a este (campo psicossocial), levando em consideração a "dimensão ontológica e existencial dos sujeitos" (Hausmann e Peduzzi, 2009, p. 260).

No *campo psicossocial*, as ações pautadas na estratégia da reabilitação psicossocial engendram processos de trabalho por parte dos agentes com objetos, instrumentos, intencionalidades e finalidades diferentes das do *campo psiquiátrico*, uma vez que rompe com a organização médica do serviço (Leão, 2010).

A análise da organização dos processos de trabalho em saúde é um elemento importante para a produção do cuidado e avaliação dos serviços de saúde e permite olhar a organização das práticas assistenciais, no cotidiano do trabalho de uma equipe, pensar projetos

terapêuticos e observar as relações e ruídos existentes na rede de cuidados (Almeida et al., 2005).

Stotz (1991) afirma que as necessidades

> não devem ser vistas como a falta de algo, ou seja, como algo negativo, e devem passar a ser vistas como potencialidades que impulsionam os indivíduos a buscarem aquilo que desejam e necessitam. Desta forma, a leitura das necessidades de saúde deve ser realizada sob a perspectiva daquele que *carece*, uma vez que é sua condição de saúde e sua vida que está sob foco de transformação (Stoz, 1991).

Por conseqüência, "o planejamento das ações deve se dar como resultado da participação de diferentes atores, pois a partir do momento em que se dá voz e espaço àqueles que precisam ser atendidos e há verbalização de suas necessidades", os processos de trabalho se tornam legítimos (Stotz 1991).

O Centro de Atenção Psicossocial, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do SUS, deve produzir projetos terapêuticos, compartilhados entre os saberes de trabalhadores e usuários da rede pública de atenção à saúde mental, que objetivem sua emancipação, autonomia e melhora da qualidade de vida.

Na perspectiva da reabilitação como cidadania, portanto, os processos de trabalho guiados pela orientação teórica do *campo psicossocial,* desvelam uma forma necessariamente antagônica à do *campo psiquiátrico.*

No percurso pelo CAPS III Itaim Bibi, Maria Luiza da Silva, com suas características e potências, vai colocando para si e para essa equipe de referência, diferentes necessidades, seqüencialmente uma mais sofisticada que a outra, gerando e convocando diferentes e complexos processos de trabalho.

Aqui se retoma os processos de trabalho engendrados por essa equipe de referência, listados após a análise do fluxograma descritor:

1. Promover a adesão ao serviço;
2. Promover a vinculação com a equipe de referência;

3. Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada;
4. Mediar os problemas de moradia: conseguir vaga em albergue, alugar vaga em quarto;
5. Mediar a procura por curso profissionalizante;
6. Ajudar a organização do cotidiano;
7. Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal;
8. Mediar relação com a senhoria;
9. Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado.

a. **Processo de Trabalho**: Promover adesão ao serviço e vinculação com equipe de referência

O *primeiro problema* enfrentado pela equipe de referência foi a dificuldade de *vinculação* da Maria Luiza ao serviço e à equipe de referência e diz respeito ao primeiro *nó crítico* revelado no fluxograma descritor.

O desafio era passar de um estado de não conhecimento desta usuária por parte do serviço à possibilidade de implementação de ações de saúde que impactassem sua vida. Para isso se fazia necessário estabelecer o vínculo.

Neste processo de trabalho, o *objeto* que se revela é uma mulher, que por sua história de vida, é desconfiada, tem dificuldade de compartilhar e sociabilizar as questões de sua vida, de aceitar a necessidade de ingressar num processo de cuidado em saúde mental:

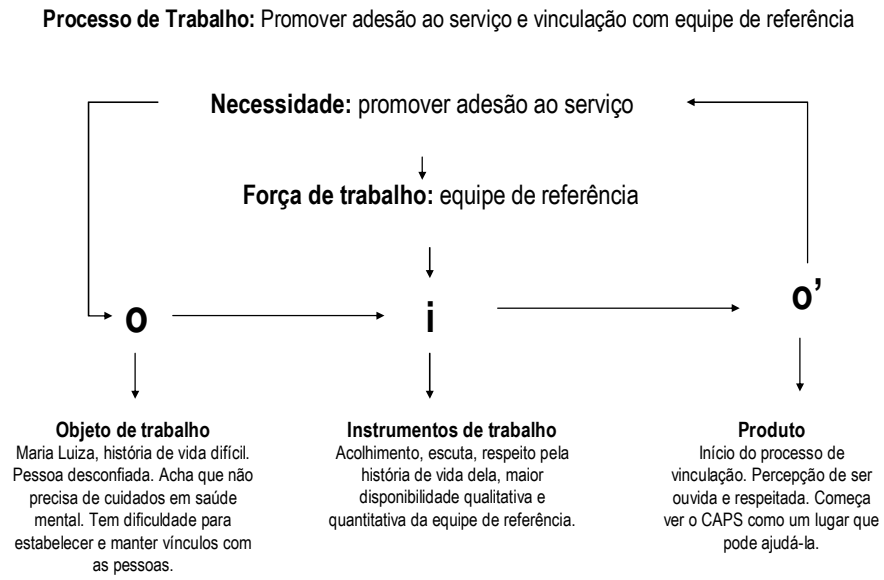
> *Eu sinto muita desconfiança das pessoas.*
> *Eu passei por uma moça que tava fazendo aqueles cartões de crédito. Eu escutei ela falando assim: nossa, que jeito desconfiado.*
> *Antes eu tinha o costume de olhar assim meio de lado (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

> *Ela tem um orgulho. Uma falta de humildade mesmo. Tem dificuldade para aderir ao grupo. Não quer socializar sua vida. Não se identifica com os outros integrantes. Diz que não é doida. Que é perda de tempo.*
> *Ela não aceitava que ela tem problemas psíquicos, ela acha que isso é um estereótipo, é um rótulo que a desvaloriza. Esse rótulo de pessoa com problema psíquico pra ela é uma coisa muito forte. Ela não conseguia ficar cinco minutos. Entrava e ficava em pé, parada assim de fora, olhando, ou ficava olhando pra minha cara (Entrevista com Equipe de Referência, 2011).*

No momento da mudança de referência, na implantação do CAPS III em maio de 2009, Maria Luiza estava sumida do CAPS e quando reaparece, inicia-se o *processo de trabalho* com a *finalidade* de resolver o problema que se evidenciava naquele momento: *a falta de vinculação com o serviço e com a equipe de referência*.

Para o processo de trabalho *promover adesão ao serviço e vinculação com equipe de referência*, a equipe lançou mão dos seguintes *instrumentos de intervenção*: acolhimento, disponibilidade, respeito por sua história de vida:

> *Quando ela sentiu que ela estava sendo olhada, e que a gente disponibilizava um tempo para ela, quando a gente entrava na sala e conversava com ela, ficava o tempo que precisava com ela, e ela sentiu: "olha, ela tá me dando valor, olha, ela tá falando comigo, ela tá olhando pra mim, se interessando por mim", aí eu acho que quando a gente conseguiu usar mais esse tempo mais individual, ouvindo mais das coisas singulares da vida dela, aí eu acho que ela foi se vinculando e aderindo. Isso foi um pouquinho antes da virada para CAPS III, que a gente começou a dar mais atenção, mas depois que entraram mais profissionais, deu mais tempo de fazer isso. Acho que foi nesse momento que a gente conseguiu, quando teve mais profissionais, dar mais tempo e que também se valorizou mais, a gente pegava, de fazer visita, ela foi aderindo (Entrevista com Equipe de Referência, 2011).*



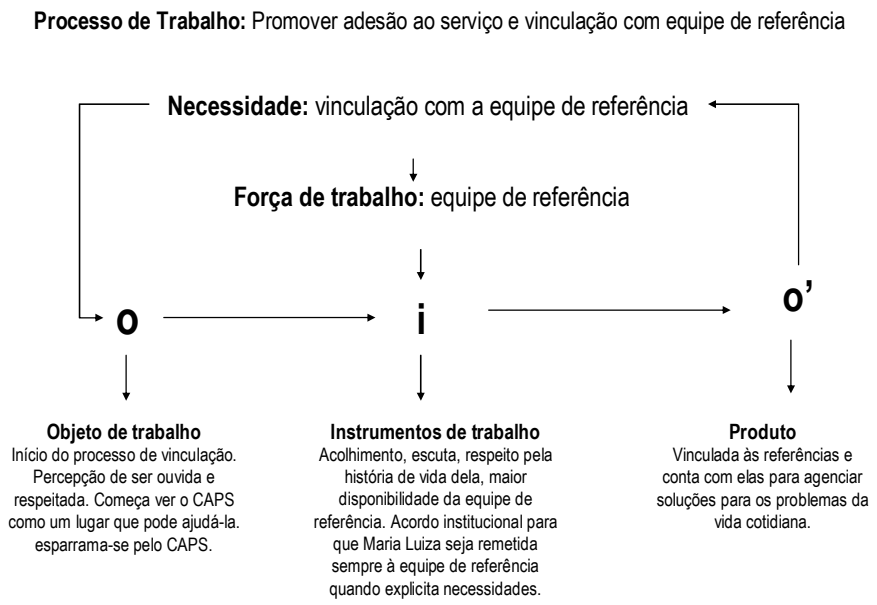
Com o início da vinculação da Maria Luiza ao serviço, mais especificamente com essa equipe de referência, uma nova necessidade se apresentou. Neste momento ela passou a ver no CAPS um lugar com o qual podia contar para olhar as questões de sua vida, mas ainda costumava esparramar-se por ele, remetendo-se a qualquer pessoa que a pudesse ouvir.

Assim, o *novo objeto* é uma Maria Luiza que se esparrama e que publica suas questões para qualquer pessoa do CAPS e não mais especificamente à suas referências.

Freqüenta o CAPS, mas não se vincula. Faz "uso" do serviço. Aparentemente não se vincula às referências. Se espalha pelo CAPS (Prontuário, 2011).
Ela vai contanto a vida dela pra todo mundo, mas ninguém dá conta daquilo, ninguém acolhe aquilo de verdade e aí começamos a fazer isso: de fato ouvir o que ela tava falando e intervir sobre o que ela tava falando.
É, a gente procurou que ela ficasse mais centralizada na gente, então ela tava com vontade de falar, então vou parar e ouvi-la, pegar tempo pra ouvi-la, aí à medida que ela foi falando com a gente ela também perdeu aquela necessidade de falar sobre tudo pra todo mundo. Ela ainda fala, ela tem um pouquinho, mas tem menos (Entrevista com equipe de referência, 2011).

Foi pactuado um acordo institucional coletivo de remeter Maria Luiza a equipe de referência quando ela se esparramava pelo serviço. Esse processo de trabalho produziu uma inflexão na relação dela com a equipe de referência e com o serviço, cuja dinâmica passou a vigorar desde então, até os dias atuais, ou seja, provocou a vinculação dela às suas referências, passa a recorrer a elas quando surgem problemas e pede sugestão para as decisões da vida:

Agora ela fala coisa mais assim, "puxa", se alguém roubou uma blusa dela ela sai falando "ah, mas não sei o que...", sempre muito como 'a vítima', porque "alguém fez isso comigo, a mulher do prédio, lá no prédio tá tendo vazamento" aí ela conta pra todo mundo.
Coisas mais cotidianas. Essa parte mais aprofundada de história da vida dela diminuiu (Entrevista com a Equipe de Referência).



Os projetos terapêuticos singulares (PTS),

> também conhecidos como projetos terapêuticos individuais são dispositivos de integração e organização das equipes profissionais da saúde e envolvem o planejamento dos processos terapêuticos do serviço [...] e se configura como sendo um movimento de co-produção e co-gestão do processo terapêutico de pessoas em situação de vulnerabilidade (Oliveira, 2008. p. 285).

Já o Ministério da Saúde, adota o conceito de Projeto Terapêutico Singular, PTS, no Programa Humaniza SUS, ao invés de Projeto Terapêutico Individual, para destacar que este pode ser elaborado para grupos ou famílias e não só para indivíduos. Além disso, o PTS deve buscar "a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação" (p. 40). Assim, qualquer tipo de generalização e categorização das pessoas deve ser evitado (Brasil, 2008).

O PTS deve ser produzido na relação e no diálogo com as exigências, necessidades, afetos e conflitos que emergem no processo terapêutico, centrado não apenas na doença, mas principal e especialmente nos aspectos fundantes da vida dos sujeitos (Oliveira, 2008).

Tal produção deve ser realizada pela *equipe de referência*, definida como "uma equipe que facilita o vínculo de um determinado número de usuários ao serviço e ao acesso ao cuidado" (Brasil, 2008, p. 28).

Esta composição possibilita uma gestão centrada nos objetivos finais do trabalho emancipatório em saúde: responsabilização pelo cuidado e equilíbrio maior de poder nas relações entre trabalhadores e usuários, uma vez que as equipes têm poder de decisão no serviço, principalmente no que diz respeito a seu processo de trabalho (Brasil, 2008).

A *equipe de referência* coloca o usuário no centro do processo de trabalho. Sem este recurso gerencial o usuário "fica sem alguém que seja responsável por ele como um todo", e ocorre o que se costuma denominar "desresponsabilização", havendo a "maior possibilidade de haver abandono do tratamento" (Brasil, 2008, p. 32).

No CAPS III Itaim Bibi a construção do projeto terapêutico singular da Maria Luiza busca seguir a lógica da *equipe de referência* e da *construção do projeto terapêutico singular*, sendo estes *projetos para a vida, acompanhados na vida*. Essa equipe de referência específica procura

> enfrentar as contradições da realidade e buscar criar possibilidades reais de vida, trilhando, em diferentes dimensões, percurso de defesa das liberdades [...] a prática terapêutica é centrada [na(s) pessoa(s) (Maria Luiza)] e pautada na construção de "projetos de vida" (Nicácio e Campos, 2007, p. 149 – grifos nossos).

O olhar dessa equipe de referência, neste caso, está voltado para as transformações ocorridas nos lugares que Maria Luiza ocupava no cotidiano do serviço, num primeiro momento. Sendo assim, o processo de cuidado dela envolveu (e envolve) a construção cotidiana de um sentido para sua vida:

> O mais importante para a realização do projeto terapêutico singular é o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família [...] os profissionais que têm um vínculo mais estreito devem assumir mais responsabilidade na coordenação do PTS (Brasil, 2008, p. 42).

Inicialmente, a construção do PTS de Maria Luiza deu-se de forma desarticulada, sem co-participação e co-gestão. As intervenções e a responsabilização, protagonizada por essa equipe de referência, nestes quase dois anos de suas idas e vindas no CAPS III possibilitaram o início do árduo processo de transformações na sua vida.

b. **Processo de Trabalho**: Mediar problemas de moradia: conseguir vaga em albergue, alugar vaga em quarto

O retorno de Maria Luiza ao CAPS III, no momento de sua implantação, em maio de 2009, coincidiu com a mudança de equipe de referência e a inserção de trabalhadores que não a conheciam e nem ela a eles, e ela estava morando na rua. Assim, a ação dessa equipe de referência foi ficar junto de Maria Luiza e ajudá-la no processo de inserção em um albergue.

Este *processo de trabalho* também produziu transformações na vinculação de Maria Luiza com o serviço e essa equipe de referência:

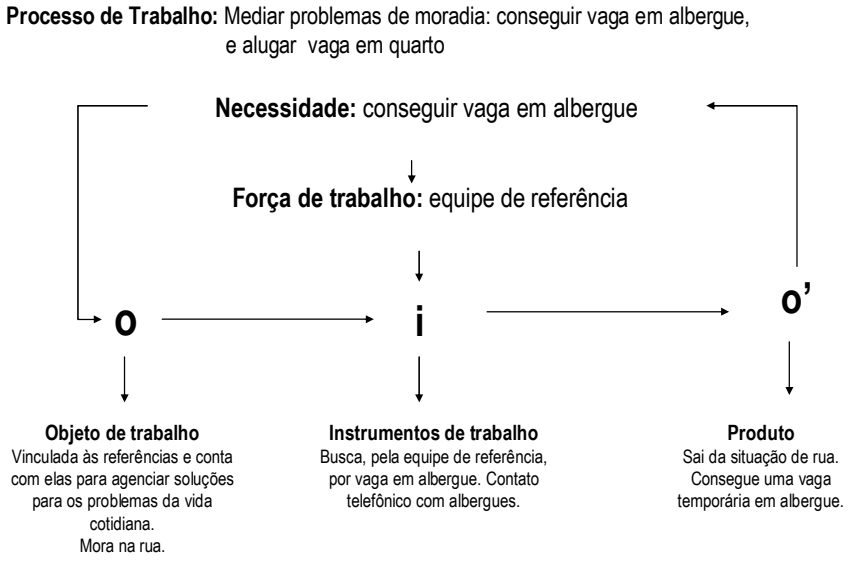
> *Teve um episódio em que P. pegou um ônibus com ela porque ela tinha se perdido durante o fim de semana, de um albergue novo para o CAPS, então a P. pegou um ônibus com ela pra poder ela aprender o caminho, essas coisas. Essa disponibilidade que marcou a vinculação de Maria Luiza a equipe de referência.*
>
> *Essa é minha primeira intervenção. No período da tarde buscamos albergue e conseguimos no Santo Amaro. Ela foi pro albergue e veio pro CAPS, mas nos outros dias do fim de semana não conseguiu achar o caminho. Então ela ficou na rua. Teve até inclusive uma noite que ela dorme num... Um episódio que ela dorme num posto de gasolina (Entrevista com a Equipe de Referência, 2011).*

O eixo da reabilitação como cidadania *formas de morar* na vida de Maria Luiza sempre foi conturbado. Pertencer a um espaço e se apoderar dele foi e é um processo complexo e construído duramente por ela em parceria com sua equipe de referência do CAPS III.

Fazendo o retrospecto dos lugares por onde esteve desde que chegou a São Paulo, o cenário é devastador: ficou na rua, dormiu em papelão nas calçadas e em postos de gasolina. Algumas vezes contou com a ajuda de pessoas de igrejas e morou na casa destas. Em última instância, morou na casa de um amigo tapeceiro que conheceu morando nas ruas, que a ajudou a encontrar um albergue.

Através do albergue foi para o CAPS III Itaim Bibi. Ficou neste albergue por um tempo e em seguida foi parar nas ruas novamente.

Um *processo de trabalho* inicial da nova equipe de referência foi encontrar um lugar para Maria Luiza ficar, conforme identificado no fluxograma descritor. A partir deste, outros processos de trabalho relacionados à questão das formas de morar se apresentaram, cada vez mais sofisticados e complexos e todos foram encaminhados e protagonizados em conjunto: Maria Luiza e equipe de referência.



A vaga temporária torna-se permanente por força do trabalho da equipe, mas uma vez mais ela é expulsa do albergue. Na sua trajetória por São Paulo, Maria Luiza passou por 07 (sete) albergues. Ela não sabe precisar a ordem e em todos, chegou à expulsão:

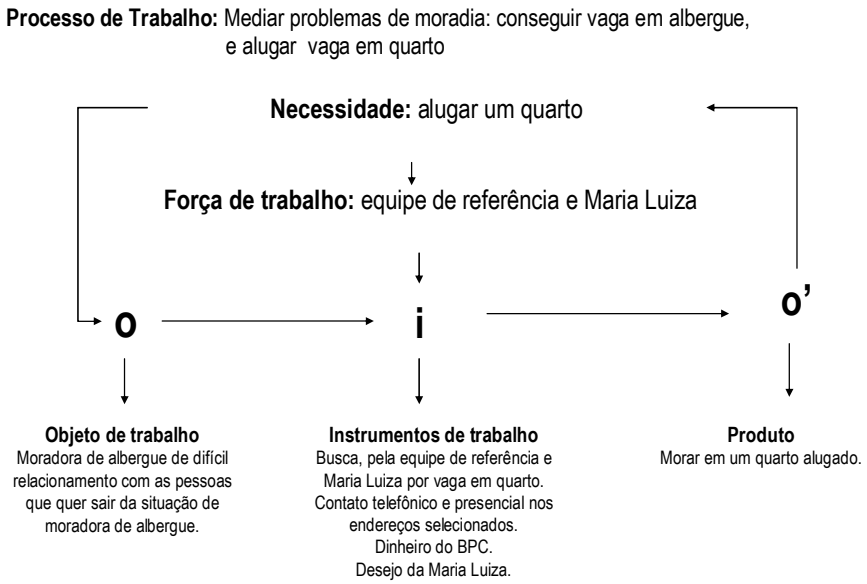
> *Ela ficava em albergue e sempre brigava. Quando ela brigava, jogava prato, jogava comida, e dessa vez ela tinha tido uma briga no albergue de Pinheiros e o albergue tinha uma regra: brigou, é expulso na hora, não importa a hora. Pode ser à noite, vai pra rua. Eles não procuram outro albergue. Ela foi posta na rua, era jantar. Ai ela foi morar nesse galpão, e é tudo muito estranho. Confuso. (Entrevista com a Equipe de Referência, 2011).*

Desta forma, a história de Maria Luiza se repete, mas com uma outra qualidade. Ela está num albergue, constrói as relações de forma a se indispor e culminar em situações de expulsão,

sua impulsividade não permite que ela reflita e isso se repete por quase um ano, mas Maria Luiza consegue uma proteção social, um benefício (BPC/LOAS).

Agora há a possibilidade concreta de sair da situação de albergue e alugar um quarto para morar sozinha. Então um novo processo de trabalho dessa equipe de referência se inicia.

Este novo processo de trabalho é desencadeado pela *necessidade* de Maria sair da situação de albergue. A equipe de referência (*força de trabalho*) se debruça sobre este novo *objeto* (uma pessoa que quer sair de albergues e ter um quarto para morar) e com os *instrumentos de trabalho*, ou seja, *dinheiro* para alugar um espaço e a *vontade* da Maria Luiza de querer sair do albergue, inicia-se a procura por este novo lugar.



Este processo foi *finalizado* provisoriamente, com Maria morando num quarto, alugado com seu próprio dinheiro:

> *Conseguiu alugar um lugar para morar. Está morando lá desde abril. Começou a procurar desde que está recebendo seu BPC-LOAS. Está muito satisfeita com esse momento de vida (Prontuário, 2011).*

c. **Processo de Trabalho**: Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada

Há registros de intervenções, ainda no CAPS II, no prontuário da Maria Luiza, no sentido de lhe conseguir algum tipo de proteção social, por conta das suas dificuldades financeiras e falta de qualquer fonte de renda:

> *Está com problemas financeiros. H. ajuda na providência do LOAS. Começa também a procurar trabalho (Prontuário, 2011).*

Assim, concomitante às ações relacionadas à intencionalidade da vinculação ao serviço, à equipe de referência e a um lugar para morar e sair da situação de rua, uma das primeiras ações no plano terapêutico de Maria Luiza foi o preenchimento da documentação para conseguir o benefício concedido pela LOAS:

> *É feito o preenchimento da documentação para solicitação do BPC-LOAS (Prontuário, 2011).*

O processo de solicitação do BPC-LOAS articulou ações com outros serviços. Ocorreu a articulação com Centro de Referência de Assistência Social, CRAS, de Pinheiros, por meio do contato com uma assistente social. Foi esta profissional quem conseguiu uma das vagas num dos sete albergues que Maria Luiza viveu e que a acompanhou para fazer perícia no Instituto Nacional de Seguridade Social, INSS, para conseguir o benefício.

Numa reunião entre a trabalhadora e a equipe de referência do CAPS III, acordou-se, junto à profissional do CRAS, a realização de ações em conjunto, uma vez que Maria Luiza estava fazendo uso dos dois serviços. Costumava ir ao CAPS e se não conseguisse resposta à demanda trazida naquele determinado momento, que em geral era imediatista, ia ao CRAS, e vice versa. Há a percepção por parte de uma das referências que essa conversa fez com que Maria Luiza confiasse mais nas suas referências do CAPS III:

> *Até então usava o CAPS e o CRAS de acordo com suas demandas, tentando conseguir o que queria, e por vezes manipulava ambos. Ver que estes dois equipamentos estavam trabalhando de forma coordenada, fazendo contato um com o outro a fez se espalhar menos e também confiar mais*

> *na equipe do CAPS, já que a profissional do CRAS "emprestou contratualidade à equipe". Maria Luiza é muito vinculada à N. (Prontuário, 2011).*

Uma questão anterior surge para a equipe de referência e para a própria Maria Luiza a respeito de sua inclusão como beneficiária da LOAS. A dúvida que se apresenta é o aspecto ético, por colocá-la dependente de um benefício, havendo nela suposta potência para o trabalho.

> *Era um temor dela: Aí se eu ganho, eu quero ganhar com meu trabalho, não quero ganhar sem trabalhar. Se eu ganho a LOAS eu não posso trabalhar. Ela trouxe essa questão.*
> *Mas aí, o que é que nós estamos fazendo? Estamos encostando uma pessoa: aumentando o poder de contratualidade dela, a vida social dela, ou a gente tá criando um laço de dependência né? Mas por outro lado era isso né, quer dizer, se ela não tivesse um recurso próprio, que ela teria que se haver com a coisa de administrar o recurso dela (Entrevista com Equipe de Referência, 2011).*

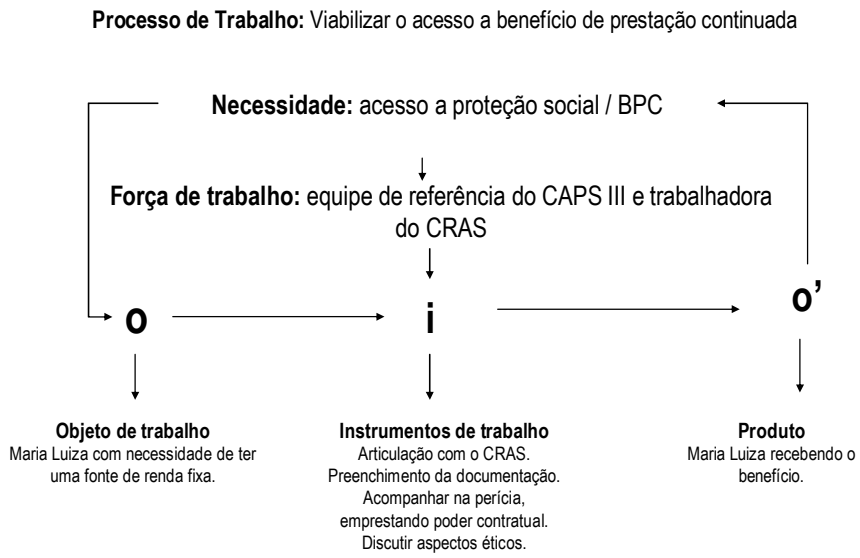
Esta dúvida permanece até os dias atuais. Inicialmente, quando Maria Luiza conseguiu o benefício, tinha vergonha dele, assim como ela tem vergonha, eventualmente, de usar seu bilhete único especial, que lhe dá gratuidade nos transportes públicos metropolitanos. Isto dialoga com sua dificuldade na aceitação da sua forma de existência, dificultada, não só, mas também porque porta um sofrimento psíquico importante.

Este é um aspecto muito interessante nela. Essa não aceitação da doença, ou de sua forma de ser e existir, foi um grande dificultador na sua vinculação ao CAPS III, no entanto, isso acabou por gerar nela uma potência de transformação para a vida que impulsiona seu crescimento.

Ela "quer - não quer" o BPC-LOAS: *quer* porque as pessoas (de uma forma geral e, claro, Maria) querem ter renda e poder viver com o mínimo de condições e dignidade que qualquer pessoa precisa. *Não quer* porque isso vai caracterizá-la como diferente das outras pessoas, num imaginário de que a gratuidade e o benefício significam *diminuição* e *rotulação*.

Este misto de *quereres* ambivalentes faz com que ela, mesmo tendo o benefício, busque sempre realizar alguma atividade de trabalho e claro, continua problematizando sobre continuar recebendo-o ou não.

O *processo de trabalho Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada*, cujo *objeto de trabalho* é uma Maria Luiza com necessidade de ter uma fonte de renda fixa, por meio BPC-LOAS tem como *finalidade* enriquecer outros aspectos da sua vida, como, por exemplo, morar num quarto alugado, comprar objetos de uso pessoal, aprender a administrar o dinheiro, e assim por diante. Um dos *instrumentos de intervenção* que a equipe de referência lançou mão, como a articulação do CAPS III com o CRAS, provocou também uma maior articulação dos serviços da rede.



Essa é uma fronteira tênue na discussão sobre os prós e os contras ser beneficiada com algum tipo de proteção social. Ter o benefício significa não poder trabalhar com carteira assinada, desejo da maioria dos trabalhadores e óbvio, também de Maria Luiza. Mas ela sabe que, o fato de ser uma pessoa com experiência de sofrimento psíquico a coloca em desvantagem, ao menos no contexto social em que ela está inserida.

> *Acho que as pessoas descriminam muito. Não quer pegar por causa do problema de saúde. Aí ele falou: se fosse pelo seu problema de saúde, você já estaria aqui. Ele falou: o que você pode perder é a aposentadoria. Ele falou: mas eu vou conversar com o pessoal responsável. Não sei se é o gerente. Ele falou: eu vou conversar com essa pessoa aí eu ligo pra você. Pediu meu telefone. Aí eu falei o número do telefone aí ele falou: eu te ligo. Mas eu não sei não... (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Aparentemente a equipe de referência levou em consideração a sua vulnerabilidade social para guiar o processo de trabalho:

> *Teve um emprego do atestado médico que eu acho que eu fiquei um dia, ou foi mais que um dia? Não lembro, mas eu acho que fiquei mais. Eu tava muito nervosa de trabalhar no atestado médico. De levar banquinho pra lá e pra cá. Ele queria que trabalhasse na outra loja também, pra lá e pra cá. Aí um dia eu tava nervosa e comecei a falar um monte de coisa. Ele falou assim: você tá muito atacada. E não me quis mais. Eu falei um monte. Mas eu tava muito nervosa naquela época (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

A equipe de referência refletiu, ao mesmo tempo, sobre as eventuais potências de Maria Luiza se inserir no mercado formal ou informal de trabalho em contraposição ao ato de inseri-la em um programa de proteção social, optando, mesmo com os conflitos dela, pelo benefício. Isso porque seu jeito de funcionar provoca conseqüências na sua vida. Ações impulsivas, explosões e desconfiança atrapalham-na em seu cotidiano. Então, parece que este aspecto foi levado em consideração e representa uma tomada de decisão importante da equipe de referência, que poderá ou não ser revista, mas garantiu uma efetiva melhora da qualidade de vida da Maria Luiza.

d. **Processo de Trabalho**: Mediar o processo de resgate do vínculo com familiares

Maria Luiza morou a maior parte do tempo com familiares. Quando era bebê morou com seu pai e sua mãe. Quando estes se separaram ficou com os avós paternos e a tia. Na adolescência morou com o pai e a madrasta. Por volta dos 25 anos voltou a morar com a tia. Alguns anos depois foi morar em uma pequena casa construída pela tia para que morasse sozinha.

Por outro lado, também é certo que Maria Luiza precisou morar numa casa construída especialmente para ela, próximo à família, em Mongagüá, por conta de uma série de conflitos com o tio e agressão contra um primo ainda criança. Viveu ai até por volta de seus 29 anos de idade. Mesmo no contexto familiar, morava sozinha e trabalhava como faxineira em casas de veraneio. Recebia visitas, ajuda material da tia, que lhe levava comida eventualmente. Mas, morava sozinha.

Este percurso tortuoso demonstra que laços familiares não garantem proteção e pertencimento.

A vida de Maria Luiza é toda contradição. E aquela foi uma época muito confusa. Não se lembra da seqüência dos fatos, das razões dos acontecimentos. Seria o momento da ruptura? De crise? Relata que em dado momento saiu da casa que sua tia havia lhe providenciado e foi morar na casa de um vizinho. Este, que fazia transporte do litoral para a cidade de São Paulo, trouxe-a para esta cidade, em 2006.

> *Eu vim pra São Paulo, eu não estava mais na minha casa. Do litoral. Eu cheguei a dormir na casa de um vizinho. Meu tio fazia muita viagem pra cá, mas esse vizinho também vinha muito pra cá. Aí foi o vizinho que me trouxe pra São Paulo. Ele perguntou: que lugar de São Paulo você quer ficar? (silêncio) Não sei. Qualquer lugar. Então eu fiquei na estação da liberdade. Cheguei a dormir no chão. Quando eu cheguei, eu morei, não lembro em que bairro que foi, em frente a uma igreja Deus é Amor, eu dormi no chão da rua. E eu entrava naqueles banheirinhos quadradinhos, porque não tinha outro lugar pra usar. (Pausa) Eu estava muito esquecida naquela época (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Coerente com as dificuldades nas relações familiares, o relacionamento com outras pessoas é difícil para ela. Tem dificuldade para confiar nas pessoas, explode facilmente e tem dificuldade para entender as perspectivas alheias. Com dificuldade para refletir sobre as próprias ações, tende a culpar terceiros pelas coisas que acabam dando errado na sua vida. Nas relações interpessoais, tende a construir situações de conflitos, e acaba vendo-se em um ciclo, cuja finalização é a ruptura.

> *Quando ela fica desorganizada ela fica se sentindo muito perseguida. Então teve um trabalho que foi com atestado médico, que ela não ficou nem um dia, já brigou lá. Acaba sendo difícil de manter qualquer tipo de relacionamento. Na casa, no trabalho. E ela estoura. Ela atua (Entrevista com a Equipe de Referência, 2011).*

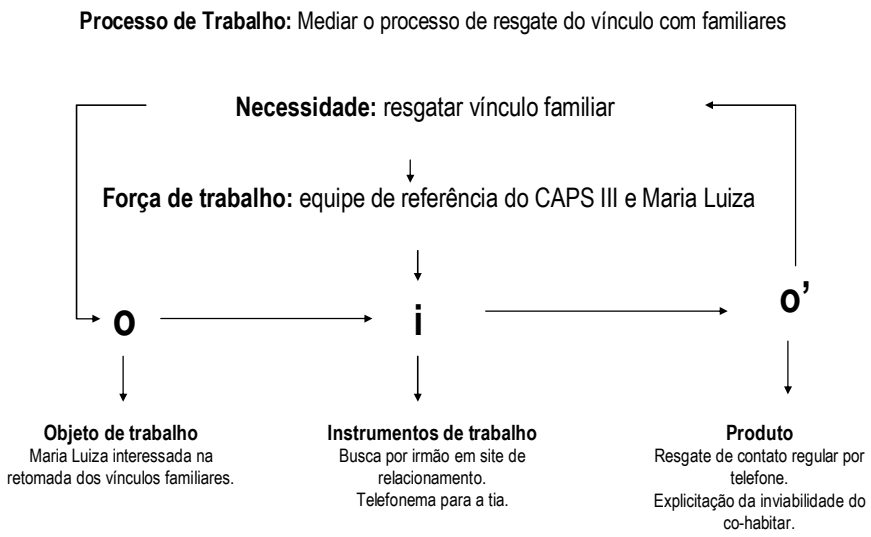
Ela foi parar nas ruas. Sem vínculo com a família. Sem amigos. Passou de uma pessoa que ia para a escola e voltava para a casa da família, para outra que não tinha onde dormir nem uma rede de apoio para acolhê-la. Outra rede vai então sendo aos poucos construída por Maria Luiza. Ao chegar em São Paulo, ela fez amizade com pessoas da igreja, e essas pessoas foram ajudando-a a conseguir trabalho e, por vezes, lhe davam também abrigo. Na rua se vinculou a um rapaz, com quem mantém amizade até hoje. Entretanto, essa rede que foi construindo é frágil e se desfaz facilmente.

Desta forma, um dos processos de trabalho da equipe de referência foi ajudá-la na retomada de seus vínculos familiares, isso porque à medida que Maria Luiza começou a participar dos grupos e compartilhar de sua história de vida, ela começou a explicitar seu medo de retomar o contato com a família. Este aspecto foi explorado aos poucos, e a possibilidade de entrar em contato depois de tanto tempo afastada começou a se delinear.

> *Vai pela primeira vez no grupo de acompanhamento. Fala do medo de retomar os contatos com a família.*
> *Está sendo trabalhada com a própria Maria Luiza a possibilidade de retomar o contato com a família.*
> *É encaminhada para psicoterapia particular.*
> *Pede para ser transferida para o CAPS de Santo Amaro. É conversado com ela sobre a evolução até agora, e da possibilidade de retomada dos vínculos familiares.*

> *Continua com medo de contatar a família, mas aceita iniciar busca. P. procura seu irmão na internet e encontra em um site de relacionamento. Maria Luiza fica muito emocionada ao ver a foto do irmão. (foi encontrado em site de relacionamento – sônico) e aceita que P. ligue para a tia. Esta conta parte de sua história de vida (Prontuário, 2011).*

No *processo de trabalho Mediar o processo de resgate do vínculo com familiares*, o *objeto de trabalho* é uma Maria Luiza com disponibilidade, após longo tempo, de restabelecer seu contato com familiares. A equipe de referência não explicita que finalidade guia esse processo, mas sustenta essa vontade e incentiva a busca utilizando como *instrumentos de trabalho* meios digitais e telefônicos.



E desta forma há a retomada do contato com a família e um possível re-início de reconstrução de vínculos. O contato telefônico com a tia deixou claro para a equipe de referência que não há possibilidade dela voltar a morar com a família, exatamente pelas situações de rupturas já vivenciadas. Foram 06 meses de acompanhamento para que a história de Maria Luiza pudesse ser narrada por sua família.

e. **Processo de Trabalho**: Mediar a procura por curso profissionalizante

Maria Luiza expressa reiteradamente desejo de freqüentar cursos profissionalizantes. Esta busca iniciou-se antes mesmo da retomada dos contatos com a família.

> *Maria Luiza decide que quer voltar a estudar. Equipe começa a procurar cursinho. P. encontra um cursinho na Avenida Paulista e marcam uma data para visitar. Não foi na data marcada. No que diz respeito aos estudos, tem um rabaixamento considerável da auto-estima, não se acha capaz de aprender. É muito incentivada pela equipe, conseguiu terminar o ensino médio e com notas razoáveis. Não existe lógica racional que explique dificuldades de aprendizado, mas a presença da baixa auto-estima (Prontuário, 2011).*

A equipe de referência sustenta por diversas vezes seu desejo de iniciar algum curso profissionalizante, mas por razões que a equipe ainda não compreende bem, ela acaba não operacionalizando sua vontade de voltar a estudar.

> *Quer estudar e fazer concurso público. Quer também estudar e ser economista porque trabalha pouco e ganha muito. Equipe acorda de centralizar esforços em encontrar cursinho.*
> *Equipe está trabalhando tendo seus projetos de vida como balizadores. Parece ter a tendência de colocar para si muitas possibilidades. Quer muitas coisas, no entanto não as operacionaliza. Equipe passa a ajudá-la a pensar uma coisa de cada vez, e fazer planos factíveis, para posterior operacionalização (Prontuário, 2011).*
> *Uma vez eu fui com ela no Instituto Espírita de Educação aqui, eles cedem as salas pra oficinas de panificação, de tricô, de crochê. A primeira vez então eu fui com ela, aí mostrei a sala de computação e eu expliquei pra ela: é independente da parte espiritual, eles emprestam a sala e as pessoas participam. Mas quando ela foi lendo os livros, ficou se interessando, perguntou da palestra, não sei o que, eu falei: olha, a gente veio aqui pra ver a computação, mas se você quiser ver essa parte você fica a vontade, mas você veio aqui pra ver a computação. Aí ela disse: "mas não... eu vou querer participar da palestra. Você me leva lá?". Aí eu falei: "tá bom". Aí levei ela lá, aí mostrei olha, é aqui que a palestra acontece, mas a oficina sua é essa, de inglês, de computação, aí no fim ela se interessa, mas depois ela se desinteressou, tanto da palestra como das oficinas (Entrevista com a Equipe de Referência, 2011).*

Este movimento oscilante ou pendular, ambivalente, o mesmo *quer-não-quer* relacionado ao acesso ao benefício se apresenta e o trabalho da equipe de referência consiste em acompanhar seus movimentos, realizando ações de acordo com aquilo que ela traz como

necessidade. Não fica claro para a equipe, ainda, se essas manifestações de desejo são efetivas, mas limitadas por uma condição constitutiva de sua personalidade ou se de fato são quimeras, fantasias.

> *Não sei se é insegurança dela, dela chegar e achar que não é capaz, ela tem vontade de fazer o curso, chega na hora ela pega e desiste. Não sei se ela não tem a paciência, ou se ela quer as coisas sem esforço.*
> *Esse movimento que ela faz de ir atrás de uma coisa ou outra, acho que vai empoderando ela, diferente de quando ela tava só no albergue, sabe? (Entrevista com equipe de referência, 2011)*

À medida que a coleta dos dados deste estudo ocorreu e as reuniões com a equipe foram acontecendo, em conjunto com a observação participante, a equipe de referência foi refletindo sobre esse movimento dela e a incerteza sobre seu funcionamento psíquico ficou mais clara. Esse é um aspecto a ser continuamente explorado no curso do acompanhamento e é um objeto de análise decisivo para a atualização dos seus projetos de vida.

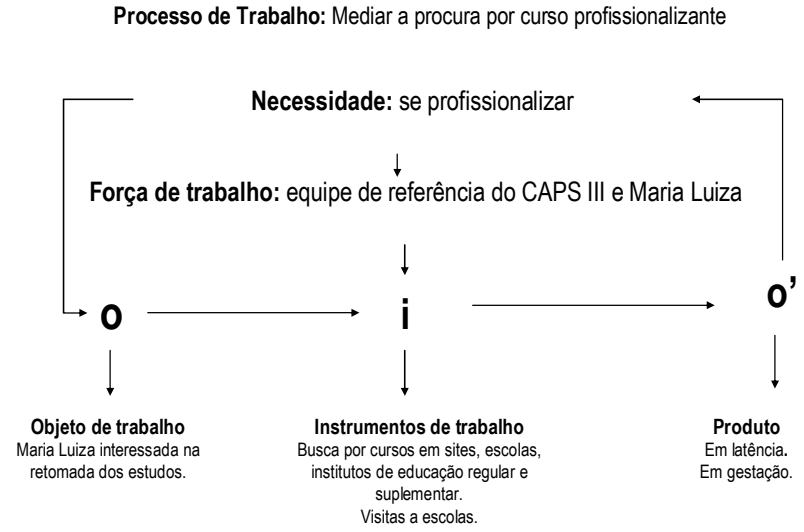
Exemplo da labilidade e flutuação das vontades de Maria Luiza pode ser observado nas cenas descritas a seguir:

> *O CAPS tem um "convênio" há mais ou menos um ano com um instituto espírita que oferece diversos cursos gratuitamente. Já naquela época Maria Luiza apresentava interesse, indiquei que ela fosse até lá, assim ela o fez, porém quando soube que o local tinha certa ligação com a doutrina espírita, desistiu imediatamente. Posteriormente mostrou interesse em realizar curso em informática, lembrei-a que neste mesmo local, havia este curso, porém ela novamente mostrou-se resistente pelo fato do instituto ter ligação com a religião espírita. Dai buscamos outros locais e encontramos o telecentro de Pinheiros. Passei o endereço e Maria Luiza realizou a inscrição, porém ela freqüentou as aulas poucas vezes e desistiu alegando que não tinha gostado. Conversando mais "a fundo", disse que tinha muita dificuldade de aprender, contou que sempre foi assim e que antes de iniciar o aprendizado tinha muito medo de errar ou de não conseguir assimilar o conhecimento. Ai aparece um ponto extremamente importante e que explica grande parte da sua dinâmica, que é a questão da insegurança. Certamente é resultado de seus seqüenciais abandonos na vida (Entrevista com equipe de referência, 2001 – por e-mail).*

Esta reflexão sobre abandonos é recorrente. Apesar de ser uma pessoa tão difícil para vincular, quando esta vinculação ocorre, ela acaba sendo muito forte.

Porque eu acho que assim, às vezes ela tem tanta dificuldade de acesso a esse contato mais humano, mais afetivo, que eu acho que quando chega alguém de confiança, que ela consegue se vincular, o medo de perder acho que é tão grande, justamente porque a história dela é uma seqüência de perdas, materiais e imateriais, que eu acho que quando ela encontra alguém que ela vê que tá ali... Porque tem toda a equipe, mas acaba sendo você a pessoa que tá mais no contato (Entrevista com a equipe de referência, 2011).

No *processo de trabalho Mediar a procura por curso profissionalizante*, o *objeto de trabalho* é uma Maria Luiza com desejo de retomar os estudos. Da mesma forma, a equipe de referência não explicita que finalidade guia esse processo, mas sustenta essa vontade e incentiva a busca utilizando como *instrumentos de trabalho* inúmeros meios de consulta pela Internet, telefônica, presencial em inúmeros locais de ensino regular ou suplementar. Mas Maria Luiza continua com o projeto em latência, em gestação.



f. **Processo de Trabalho**: Mediar relação com as proprietárias dos quartos

Mesmo morando no seu quarto há apenas 01 (um) mês, Maria Luiza começou a ter problemas e discutir com a proprietária.

> *Maria Luiza teve uma briga com a dona do quartinho e saiu de lá, mas voltou no mesmo dia. Está oscilando bastante na participação no grupo de acompanhamento. Vai regularmente para a terapia apesar de às vezes não querer ir e ter que ser incentivada pela equipe a não faltar. Participa dos grupos de moradores de albergue.*
> *P. vai até o quarto de Maria Luiza. Houve mediação de conflitos. Foi feita pactuação do CAPS com M.(proprietária). A mesma espera contar com o CAPS na relação com Maria Luiza.*
> *Realizado atendimento de M. Ela fala da melhora de Maria Luiza e reflete que a visita domiciliar e a articulação do CAPS melhorou muito a relação delas (Prontuário, 2011).*

Retornou no mesmo dia ao quarto, mas apenas alguns meses se passaram e os conflitos com a proprietária continuaram até que acabou expulsa.

Ela saiu do quarto onde morava e foi para outro, que encontrou por conta própria. Começou a ter problemas com esta nova proprietária e solicitou ajuda da equipe. Aparentemente os problemas diziam respeito a acordos feitos, e não cumpridos pela proprietária, de melhorias no quarto para que este ficasse mais adequado. Assim, a equipe desencadeou novamente um processo de mediação na relação de Maria Luiza com a nova proprietária, no entanto desta vez essa estratégia falhou.

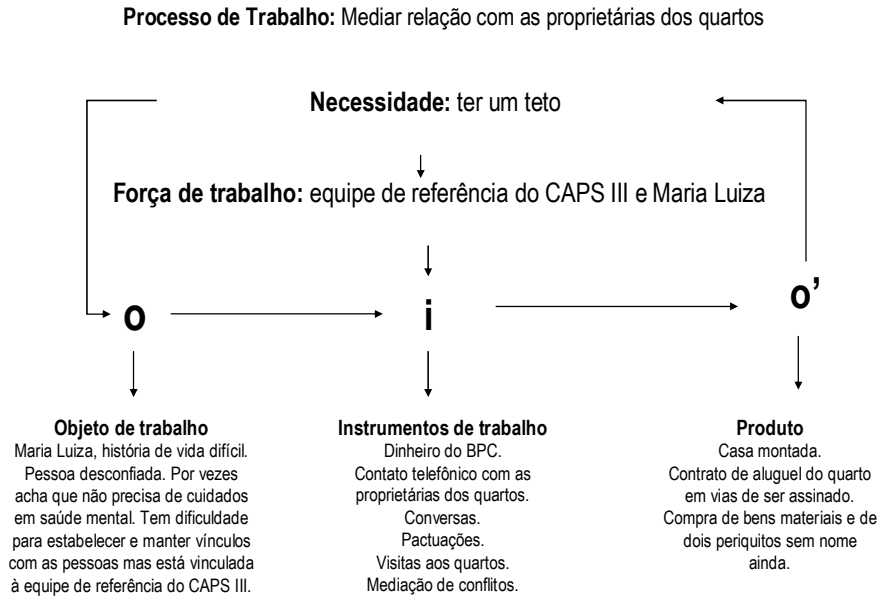
> *P. liga para a proprietária desse outro quarto para marcar visita. Ela diz que não tem disponibilidade para atender os profissionais do CAPS. P. vai lá mesmo sabendo que a proprietária não estaria. Constata que de fato os acordos não foram cumpridos. É feita uma reflexão com Maria Luiza sobre as conseqüências de sua impulsividade, pois estava em um quarto adequado e acabou brigando com a proprietária por não saber perceber quando está errada.*
> *Está tranqüila, procurando outra casa. Mantém contato com a tia. Pediu dinheiro e a tia mandou (Prontuário, 2011).*

Morar em um lugar implica se apropriar do espaço. Na vida, Maria Luiza esteve em diversos lugares, e saía deles em conflitos. Transitou por diversos espaços, passou de um

estado de total desfiliação social para aquisição de maior contratualidade. Este enriquecimento é processual, e está em pleno acontecimento. No momento, está prestes a formalizar seu lugar de moradora/inquilina, ter um morar próprio, contratado em papel e registrado em cartório. Recentemente procurou sua equipe de referência para falar do contrato que a proprietária do quarto quer que ela assine.

> *Hoje foi interessante que ela veio falar comigo e tal, pra trazer um contrato lá do aluguel, precisa de testemunha e tal.*
> *É... Ela falou comigo também. Que precisa de dupla de testemunha. Ela veio explicar que não é fiador, é testemunha. Aí eu falei, é vamos ver, a equipe vai conversar, você traz o contrato e a gente lê e vê. Mas é interessante ela trazer isso pra gente. É, isso que eu achei interessante, ela tá preocupada com o contrato (Entrevista com a Equipe de Referência, 2011).*

O processo de trabalho *Mediar relação com as proprietárias dos quartos* da equipe de referência no que diz respeito ao eixo formas de morar foi desencadeado por questões relacionadas à sua forma de existir e às formas de existir das proprietárias. Isso quer dizer que independente da conjuntura, é função da equipe de referência tomar para si a responsabilidade dessa mediação: fazer contato telefônico com a proprietária do quarto, conversar e fazer pactuações, fazer visita ao quarto entre outras ações pertinentes.



Maria Luiza vive no seu novo quarto. Parece que vive bem.

Eu tenho uma TV que fica no chão né. E tem um rádio que fica em cima da pia. Tem um armário de quatro portas que eu mandei fazer, só que eu não mandei colocar ainda. Mandei fazer perto da minha casa. 80 reais que eu paguei no armário. Mas sabe como eu consegui mandar até fazer esse armário? Foi assim, um dia eu cheguei em Pinheiros, na Rua Butantã, e vi no pé desse homem 50 reais dobradinho. Eu peguei os 50 reais e com aquele dinheiro eu mandei fazer o armário. Porque 50 foi o que eu achei, mais trinta do meu. Mas eu tava pensando em vender esse armário, porque eu não tenho cadeira, não tenho banquinho pra subir, pra pegar as coisas lá.

Tem uma cama que eu comprei junto com o colchão, que foi a dona da casa que foi comigo lá na loja. E... Não sei se foi 180 ou 150 na cama junto com o colchão. Tem o fogão, com acendimento automático, que eu paguei 270 acho que foi. Nas casas Bahia. Tem o bojão de gás. Só isso. E os passarinhos em cima da pia. Que eu forro a pia pra não sujar (Entrevista com Maria Luiza, 2011).

Bem diferente do albergue...

No albergue eu comprei um celular. De 210 reais da marca TIM. E eu deixei dentro do armário junto com o resto do meu dinheiro. Eu achei que eu tinha fechado a porta do armário e deixei aberta. Roubaram tudo isso. Roubaram minhas coisas. Agora não roubam minhas coisas. Eu tenho mais privacidade. No dia de sábado e domingo, sempre que eu não trabalho no sábado, eu limpo a casa, lavo roupa. Limpo o quarto né... Lavo roupa (Entrevista com Maria Luiza, 2011).

g. **Processo de Trabalho**: Ajudar a organização do cotidiano

A partir das entrevistas com a equipe de referência, com Maria Luiza e as anotações do prontuário, foi possível depreender que seu projeto terapêutico inicial era composto de acompanhamento intensivo sobre as questões do dia-a-dia, com intervenções que diziam respeito às suas condições de moradia, sua inserção no trabalho e a forma de administrar seu dinheiro, ampliação de suas redes sociais e manejo das relações. Houve também inserção em psicoterapia individual duas vezes por semana e idas diárias ao serviço, com exceções nos dias em que ela trabalha.

Ao analisar as transformações que ocorreram no processo de acompanhamento dessa equipe de referência junto com a Maria Luiza, fica nítida a necessidade do vínculo como agenciador de possibilidades, ou seja, percebe-se a mudança de intervenções pontuais, de natureza farmacológica e "apaga-fogo", para a implementação de ações que criam possibilidades para a vida cotidiana.

Hoje, o serviço sabe quem é Maria Luiza, e ela sabe quem é o serviço. Ela conta com o serviço e a equipe de referência para acompanhá-la na construção de sua vida, que não se encerra ali, já que conta com várias outras possibilidades cotidianas. Este processo foi gradativo e precisou de muito investimento afetivo e conceitual para se sustentar.

> *Algumas pessoas me perguntam como que eu tenho tanta paciência, porque acaba que é muito tempo que a Maria Luiza demanda. Só que eu acho é justamente essa coisa dessa potência dela... E com o tempo eu pude fazer algumas coisas. Agora às vezes eu brinco com ela. Antes isso era mais difícil de fazer por conta do vínculo. Às vezes eu vejo que ela tá muito nervosa, dá até medo, aí eu brinco né, chamo ela de papagaio, porque ela tem o olho claro, e quando ela fica com nervosa muda de cor o olho. Aí eu brinco: ê, papagaio. Eu acabo com isso às vezes quebrando o nervoso, e ela dá risada. Mas se uma outra pessoa faz esse tipo de brincadeira, ela sai assim, estourando.*
>
> *A coisa funciona não por substituição, mas por acréscimo, é que nem um coral né. O coral ele não cresce substituindo, ele cresce, acrescentando né... Ela vai tendo um leque maior de opções. Recursos pra lidar, porque normalmente algo dá errado, e aí ela precisa procurar um culpado, vai e ataca, retalia, ataca a equipe, enfim, quem tiver ao redor. Mas ela vai incorporando essas outras dimensões (Entrevista com a Equipe de Referência, 2011).*

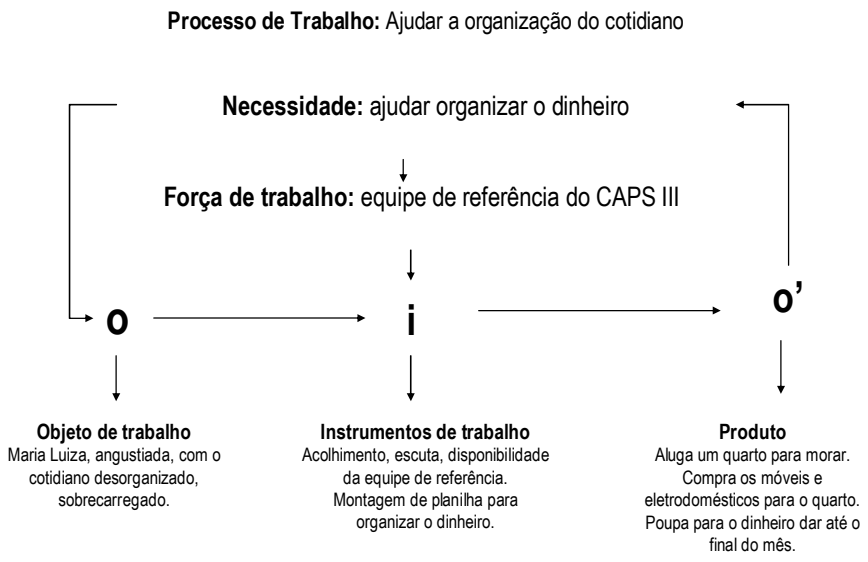
Após este longo processo, Maria Luiza permite que façam parte de sua vida, emprestem sua contratualidade para ampliação de possibilidades no cotidiano e confia neles para as tomadas de decisões em sua vida.

> *A pessoa principal daqui é a P. Hoje, por exemplo, eu cheguei e aí eu fui contar pra ela o contrato que eu tenho que fazer na casa que eu moro. E ela chegou até a ouvir uma parte do que eu tinha pra dizer. Aí falou: depois a gente conversa. Mas porque já era meio dia. Mas mesmo assim ela escutou uma parte do que eu tinha pra falar e chegou a falar pra mim, que eu tava muito ansiosa por causa do contrato. Eu fui falar com ela e tava até tremendo. Tem como você deixar eu levar o contrato lá pro CAPS? Eu falei assim: é pro pessoal do CAPS ler, vê se tá bem escrito e bem feito, eu falei. Ela falou: pergunta pra P. se pra fazer um contrato não tem que pagar. Porque ela falou pra mim que eu tenho que pagar 20 reais se não é 30. Porque eu não sei isso. Como eu sempre morei na casa da família e depois na rua e em albergue, eu não sabia como era esse negócio de contrato (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Desta forma, com a aquisição de uma renda mensal fixa, por meio do BPC, e de trabalhos informais, as ações se debruçam sobre o cotidiano de Maria Luiza, que desafia a equipe de referência com uma nova necessidade, mais sofisticada que as anteriores, porque agora precisa administrar o dinheiro, planejar seu dia-a-dia para mudar sua forma de morar, sair do albergue, alugar um quarto, comprar móveis e bens de consumo.

> *A P. foi quem acompanhou mais né, de gastos meio aleatórios. De dar dinheiro pros outros.*
> *E aí ela foi descobrindo como lidar com o recurso, porque, o que poupar, o que gastar, ela passou por vários momentos né. Às vezes comprava coisas pra casa tudo de uma vez depois ficava sem dinheiro pra comprar o pão. Aí foi aprendendo (Entrevista com a equipe de referência, 2011).*

Para o processo de trabalho *Ajudar a organizar o dinheiro,* (dentro do Item g. - Processo de Trabalho: Ajudar a organização do cotidiano), cujo *objeto de intervenção* é uma Maria Luiza atrapalhada, desorganizada, gastando de forma aleatória o que recebia, o *instrumento de intervenção* utilizado pela equipe foi uma planilha de gastos, com a *finalidade* de organizar o dinheiro para alugar o quarto e comprar móveis e eletrodomésticos.



Atualmente Maria Luiza trabalha entregando panfletos para uma ótica. Mora em quarto alugado, na companhia de dois periquitos, que ainda não receberam nome; freqüenta o CAPS III Itaim Bibi todos os dias, exceto aqueles em que está trabalhando, vai à igreja semanalmente, freqüenta a unidade de saúde de seu bairro, prepara sua comida nos fins de semana e desfruta do espaço que conquistou para si.

> *Ontem eu fiz um almoço bom. É... eu acho que foi bom. Eu queria cozinhar lentilha, mas eu não cozinhei não. Eu fiz arroz, cortei uns pedacinhos de tomate e coloquei dentro do arroz. E coloquei dois pedacinhos de mandioquinha no arroz, comprei três saquinhos de mandioquinha. R$ 4,00 reais. Era 4 por R$ 5,00. E eu não tinha R$ 5,00 reais completos. Eu não gosto de trocar dinheiro. Eu fui na feira. Comprei uns fígados de frango. Eu coloquei o alho pra fritar, depois coloquei o fígado e aí fritei e coloquei pra cozinhar com um pouco de tomate. Deu pro almoço e pra janta (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

Essa experiência mostra que ter renda, dinheiro para se instalar, comprar bens de consumo, comida, roupa, ter acesso a lazer, religião, cuidados com a saúde são condições intrínsecas à organização da vida psíquica e relacional. Entretanto, como nem tudo na vida são flores, parece que o processo de administrar o cotidiano está apenas começando, para Maria Luiza e sua equipe de referência.

h. **Processo de Trabalho**: Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal

Mesmo com a renda advinda do BPC, Maria Luiza insiste em trabalhar para aumentar seus rendimentos. Por outro lado, ela não necessita só do dinheiro provido pelo trabalho. Para Maria Luiza, o significado do dinheiro que vem do trabalho está associado a esforço, capacidade pessoal, lugar social.

> *Diz que ir pro grupo não vai resolver seus problemas de dinheiro. Que tem que trabalhar pra ganhar dinheiro (Prontuário, 2011).*

Maria Luiza é um exemplo claro que trabalho não é apenas atividade para subsistência, mas também exercício de fazeres que caracterizam as pessoas e fazem parte da identificação como sujeito social. O eixo trabalho é um aspecto bastante interessante e marcante no seu percurso, e é contraditório como sua própria vida, porque mesmo em situações de ruptura, em que a vida estava desorganizada e que ela não é capaz de lembrar, ela tentava exercer alguma atividade produtiva. Ela tentou inúmeras alternativas de inserção no mundo do trabalho informal, mas obtém resultados sempre desfavoráveis, ainda que o trabalho permeie sua vida todo o tempo.

> *Cheguei até trabalhar num restaurante.*
> *Comecei a trabalhar com jogo do bicho, quando eu morava no albergue. Eu ganhava 600 reais.*
> *O japonesinho que me indicou, serviço de distribuição de panfletos.*
> *O serviço da ótica, que eu trabalhei um dia.*
> *Ficar com essas placa na frente da gente... E eu não sabia que não podia ficar encostada na parede.*
> *Tem que ficar parada assim, ou senão ficar andando pra lá e pra cá.*
> *Aí encontrei, passei em frente um hotel e tinha uma placa: precisa-se de arrumadeira, aí eu entrei, fiquei parada na porta né, ninguém me atendeu (Entrevista com Maria Luiza, 2011).*

> *REVER PROJETO DE VIDA: está trabalhando distribuindo panfleto. Novos dias no CAPS: só vem 2ª pegar a medicação para a semana enquanto está trabalhando mais intensamente. Está fazendo comida em casa e levando na marmitex. Continua na terapia. Só mudou os dias (Prontuário, 2011).*

A lógica capitalista é a lógica da competição, na qual o mais *forte* sobrepõe-se ao mais *fraco*, tendo como referência de *forte e fraco* a concepção de capacidade de adequação às suas demandas. Maria Luiza encontra-se entre a parcela da população, representativa entre os usuários de serviços de saúde mental, que usufruem um tipo de proteção social, o BPC/LOAS, que por outro lado, inviabiliza uma atividade produtiva formal[47].

> *Perdi um trabalho hoje por conta da aposentadoria.*
> *Eu sou aposentada. Eu falei... ele falou: porque você é aposentada?. Eu falei: porque eu tenho crises de convulsão, só que é dormindo que eu tenho. Ele falou: crise de convulsão? Que doença? Aí eu falei: Epilepsia. Aí ele falou: a gente paga 600 reais, e se a gente gostar do serviço no segundo mês a gente paga 700 e mais um pouco. Eu não lembro o tanto. Ele falou assim: mas só que por você ser aposentada, você pode perder aposentadoria. E aqui tem fiscalização e a gente não pode deixar a pessoa trabalhar sem registro. Porque eu pedi pra ele deixar eu trabalhar sem registrar (Entrevista com Maria Luiza, 2011 - grifo nosso).*
> *Sai do emprego temporário em que estava desde maio*

Não trabalhar a faz convocar a equipe de referência e sinalizar suas necessidades e a equipe a sustenta novamente, mesmo diante de suas contradições e dificuldades. Há uma aposta em Maria Luiza.

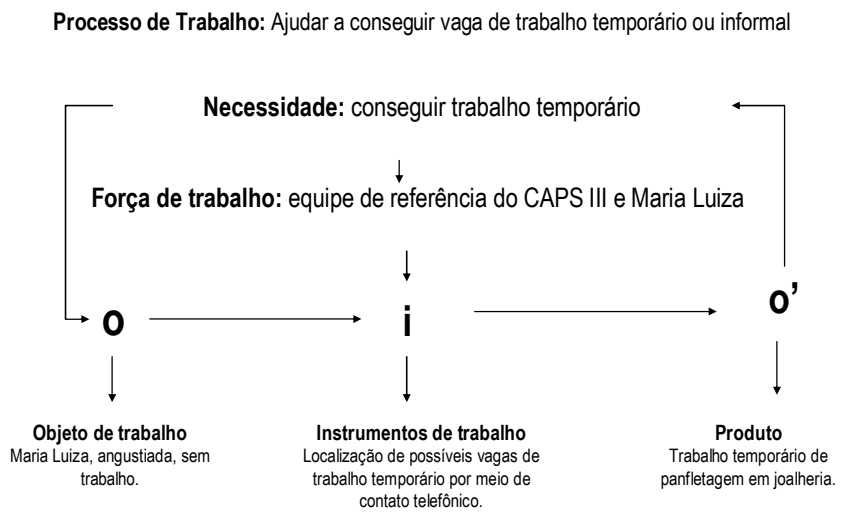
> *É, tá trabalhando, consegue os bicos dela. Mas nem sempre é assim, teve um período grande que ela não conseguia trabalhar. Que ela tava desorganizada (Entrevista com a equipe de referência, 2011).*

> *Pede ajuda à equipe para conseguir trabalho. A equipe articula lugares onde ela pode conseguir emprego. Panfletagem de joalheria e buffet infantil (Prontuário, 2011).*

Para o processo de trabalho *Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal*, o *objeto de intervenção* é uma Maria Luiza angustiada porque não está trabalhando. O *instrumento de intervenção* utilizado pela equipe foi acionar as redes sociais próprias, as redes

[47] Este é um tema recorrente e relevante no campo da saúde mental e direitos humanos. Ver mais em: Conferência Temática de Cooperativismo Social. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadtema_coopera.pdf Acesso em 03.05.2011.

sociais digitais, anúncios em jornais, entre outros, com a *finalidade* de inseri-la no mercado informal de trabalho.



A equipe de referência fez contatos para ajudá-la a encontrar um posto de trabalho no mercado informal. Depois dessa intervenção da equipe, os dados do prontuário indicam que Maria Luiza não precisou mais do empréstimo do poder contratual dos trabalhadores. Segue sua vida errante, de trabalho em trabalho informal, desafiando a lógica capitalista excludente que tenta deixá-la à margem das trocas sociais. Ela resiste porque existe.

i. **Processo de Trabalho**: Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado

No período de julho de 2009 até o final de janeiro de 2010, não houve construção oficial de um PTS registrado em prontuário, já que pela falta de "vinculação" de Maria Luiza ao serviço não havia a possibilidade da esperada co-gestão e co-participação. Em fevereiro de 2010 ocorre o "contrato", a pactuação do projeto terapêutico iniciando um projeto co-gerido para a sua vida.

> *É feito por escrito seu PROJETO TERAPÊUTICO PARA USUÁRIO E FAMÍLIA. CONTRATO: regime intensivo. Vem para o CAPS todos os dias. Às 2ª e 5ª sai às 16:00 porque tem psicoterapia individual. Quintas às 9:00 horas grupo de acompanhamento (Prontuário, 2011).*

Foi no contexto da inserção num novo trabalho, da mudança de medicação e por vontade própria de reduzir a freqüência ao serviço que a necessidade de revisão do PTS se apresentou e ela assume um lugar protagonista.

> *Questiona seu PTI. Quer diminuir idas ao CAPS. P. explica a razão da mesma estar em tratamento intensivo (por conta da dificuldade para aderir). ACORDO: folgar às 6ª (Prontuário, 2011).*

Entretanto, a despeito dessa nova posição, os processo de trabalho da equipe, durante todo o acompanhamento, foram desenhadas de acordo com as necessidades apresentadas por ela. Por exemplo, a dificuldade de estabelecer-se em albergues, que apareceu de forma recorrente, e conseqüentes expulsões, acionou o uso da hospitalidade integral, especificidade do CAPS III, para dar conta das suas dificuldades.

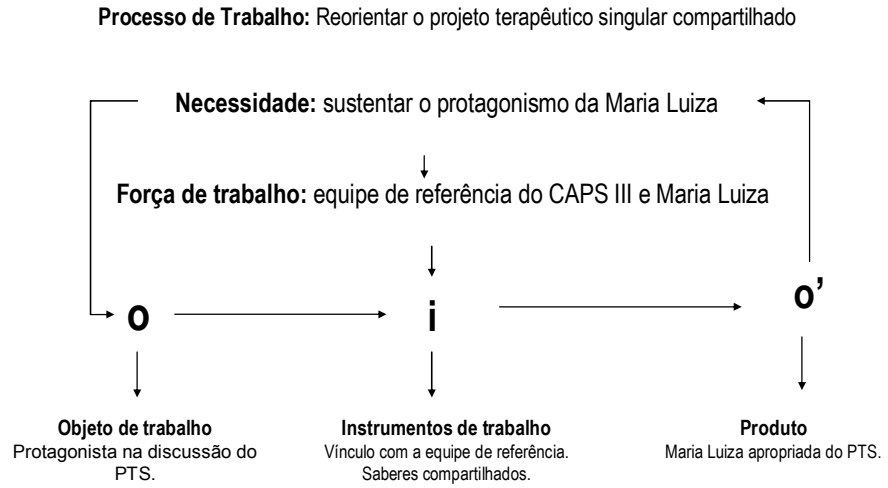
> *fica no acolhimento noturno porque está tendo problemas no albergue (sofre provocações e ameaças).*
> *continua na hospitalidade noturna. Humor ainda muito instável. Persecutória e paranóide. Fala em comprar lugar para morar. É avaliada diariamente para verificar se deve ou não continuar na hospitalidade noturna.*
> *É firmado acordo com a tia de visitá-la (Prontuário, 2011).*

Outra das dificuldades de Maria Luiza dizia respeito à sua percepção sobre sua doença. O fluxograma evidenciou que o estabelecimento do vínculo com sua equipe de referência tornou

possível realizar negociações com relação ao seu tratamento medicamentoso. Desta forma, o tratamento farmacológico adequado e contínuo se mostrou uma necessidade a ser enfrentada pela equipe de referência.

> *A gente falou de várias coisas. Acho bacana o A. chegar nesse momento porque a gente tá agora falando da medicação. Como foi difícil fazer ela tomar o remédio. Tem uma anotação no prontuário que fala de um acordo que foi feito de que a medicação ela teria que tomar aqui, que a medicação não seria liberada para todos os dias, pra ela tomar assim. E continua assim.*
> *O acordo ainda é esse. Aí é assim, na semana que ela falta pra ir trabalhar, aí ela vem e a gente libera, mas no máximo pra uma semana. Porque assim, ela toma, mas sempre acontece de "ah um dia eu esqueci". Ela tomava o fenobarbital, a gente já conseguiu tirar.*
> *É, e ela ficou bem, se deu super bem com a risperidona (Entrevista com a Equipe de Referência, 2011).*

É importante observar que para construir o PTS deve haver uma aposta da equipe de referência que a pessoa tem possibilidade de mudar sua relação com a vida, que se trata de uma construção permanente e que existem "margens de manobra". Assim, "o caminho do usuário é somente dele, e é ele quem dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde" (Brasil, 2008, p. 45).



Para o processo de trabalho *Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado*, o *objeto de intervenção* é uma Maria Luiza protagonista, questionando seu PTS. A equipe de referência, neste processo de trabalho, radicaliza a forma de organização dos saberes, como deve ser no campo psicossocial, quando sustenta que quem sabe de suas necessidades é o sujeito que as porta. O *instrumento de intervenção*, no caso, foi o vínculo e a inclusão do saber laico, leigo, não codificado de Maria Luiza. A *finalidade* deste processo de trabalho é uma diretriz da Reforma Psiquiátrica e do SUS: dialogar com uma cidadã.

5. Considerações finais ou sobre a recomposição dos processos de trabalho no campo psicossocial

As considerações finais, neste trabalho, são um resumo provisório da construção e análise possível até esse ponto.

O estudo sustenta que no campo psicossocial o acesso ao cuidado é um direito, como assegurado no Sistema Único de Saúde, SUS e a manutenção ou construção das redes sociais, das formas de morar e de trabalhar das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, torna-se prioridade no planejamento compartilhado do cuidado, que deve ocorrer no território, no lugar onde as pessoas vivem.

Tomou como objeto de estudo os processos de trabalho e a relação entre atores (trabalhadores e usuária) que guiou a construção do projeto terapêutico singular ou projetos para a vida da Maria Luiza da Silva. Preocupou-se em saber se esses processos de trabalho e as relações produziram emancipação ou subordinação, analisados à luz do referencial teórico da reabilitação como cidadania.

Daí a importância de analisar a formulação, planejamento e execução das ações de cuidados, na perspectiva de entender se elas advém da manifestação das necessidades das pessoas, se são partilhadas com quem vive tais necessidades e se traduzem em transformações reais e concretas nas vidas das pessoas, nas suas formas de morar, trabalhar e da sua rede social.

A presente pesquisa é um estudo qualitativo do tipo *estudo de caso observacional*.

Utilizou como estratégia metodológica para captação dos processos de trabalho o fluxograma descritor que “constitui-se de uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços” (Franco e Merhy, 2006).

O estudo cumpriu a orientação metodológica da construção coletiva do *fluxograma descritor*, buscando no registro da memória da equipe de referência, no prontuário e no diário de bordo da pesquisadora, os passos seguidos pela usuária, em busca da resolução dos seus problemas, nos diversos espaços produtores de cuidado (Franco, 2006).

O Centro de Atenção Psicossocial, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e do SUS, deve produzir projetos terapêuticos, compartilhados entre os saberes de trabalhadores e usuários da rede pública de atenção à saúde mental, que objetivem sua emancipação, autonomia e melhora da qualidade de vida.

No percurso pelo CAPS III Itaim Bibi, Maria Luiza da Silva, com suas características e potências, foi colocando para si e para essa equipe de referência, diferentes necessidades, seqüencialmente uma mais sofisticada que a outra, gerando e convocando diferentes e complexos processos de trabalho.

O *primeiro problema* enfrentado pela equipe de referência foi a dificuldade de *vinculação* da Maria Luiza ao serviço e à equipe de referência e diz respeito ao primeiro *nó crítico* revelado no fluxograma descritor.

No processo de trabalho, *promover adesão ao serviço e vinculação com equipe de referência*, o *objeto de trabalho* é uma mulher, que por sua história de vida, é desconfiada, tem dificuldade de compartilhar e sociabilizar as questões de sua vida, de aceitar a necessidade de ingressar num serviço de saúde mental; os *instrumentos de intervenção* foram o acolhimento, disponibilidade, respeito por sua história de vida, cujo produto foi uma usuária aderida e referida ao serviço e à equipe de referência.

Com o início da vinculação da Maria Luiza ao serviço, mais especificamente com essa equipe de referência, uma nova necessidade se apresentou, o *novo objeto* é uma Maria Luiza que se esparrama e que publica suas questões para qualquer pessoa do CAPS e não mais especificamente à suas referências.

O estudo demonstra que a construção inicial do projeto terapêutico singular, PTS, de Maria Luiza, quando o serviço ainda era um CAPS II, deu-se de forma desarticulada, sem co-participação e co-gestão. As intervenções e a responsabilização, protagonizadas pela equipe de referência que se estruturou após a implantação do CAPS III, em maio de 2009, possibilitaram o início do árduo processo de transformações na sua vida.

O eixo da reabilitação como cidadania *formas de morar* na vida de Maria Luiza é conturbado. O cenário por onde morou desde que chegou a São Paulo é devastador: ficou na rua, dormiu em papelão nas calçadas e em postos de gasolina. Algumas vezes contou com a ajuda de pessoas de igrejas e morou na casa delas e na casa de um amigo tapeceiro que a ajudou a encontrar um albergue.

Foram dois os *processos de trabalho* da nova equipe de referência no eixo morar.

Um deles foi conseguir a vaga no albergue, e o outro foi alugar um quarto, conforme o fluxograma descritor revelou. A questão das formas de morar se apresentaram, cada vez mais sofisticadas e complexas e todas foram encaminhadas e protagonizadas em conjunto: Maria Luiza e equipe de referência.

Observa-se, no estudo, que a *necessidade* de Maria Luiza ter uma renda e querer alugar um quarto desencadeou novo processo de trabalho, ou seja, o preenchimento da documentação para conseguir o benefício concedido pela LOAS, que forjou a articulação do CAPS III com o Centro de Referência de Assistência Social, CRAS, de Pinheiros.

No *processo de trabalho Viabilizar o acesso a benefício de prestação continuada*, o *objeto de trabalho* era uma Maria Luiza com necessidade de ter uma fonte de renda, por meio BPC-LOAS, a *finalidade* foi enriquecer outros aspectos da sua vida, como morar num quarto alugado, comprar objetos de uso pessoal, aprender a administrar o dinheiro e um dos *instrumentos de intervenção* foi a articulação do CAPS III com o CRAS, provocou uma maior articulação entre os serviços.

Constata-se, por meio de análise, que a equipe de referência refletiu sobre os prós e os contras da proteção social, uma vez que ter o benefício significa não poder trabalhar com carteira assinada e que ela sabe que o fato de ser uma pessoa com experiência de sofrimento psíquico a coloca em desvantagem. Os dados demonstram que a equipe de referência optou pelo benefício, o que representa uma tomada de decisão importante, que poderá ou não ser revista, mas garantiu uma efetiva melhora da qualidade de vida da Maria Luiza.

Os dados demonstram que Maria Luiza morou a maior parte do tempo com familiares, mas demonstram também que laços familiares não garantem proteção e pertencimento.

Coerente com as dificuldades nas relações familiares, a análise dos dados mostrou que ela tem dificuldade para confiar nas pessoas, para entender as perspectivas alheias, explode facilmente, tende a culpar terceiros pelas coisas dão errado na sua vida e a constrói situações de conflitos cuja finalização é a ruptura.

No *processo de trabalho Mediar o processo de resgate do vínculo com familiares*, o *objeto de trabalho* era uma Maria Luiza com disponibilidade, após longo tempo, de restabelecer seu contato com familiares. A equipe de referência não explicitou a finalidade que guiou esse processo, mas sustentou e incentivou a busca, utilizando como *instrumentos de trabalho* meios digitais e telefônicos.

Outra necessidade captada nos dados empíricos foi o desejo de Maria Luiza freqüentar cursos profissionalizantes. Neste processo: *Mediar a procura por curso profissionalizante*, o *objeto de trabalho* era uma Maria Luiza com desejo de retomar os estudos. Da mesma forma, a equipe de referência não explicitou que finalidade guiou esse processo, mas sustentou a vontade e incentivou a busca utilizando como *instrumentos de trabalho* inúmeros meios de consulta pela Internet, telefônica, presencial em inúmeros locais de ensino regular ou suplementar. Mas Maria Luiza continua com o projeto em latência, em gestação.

Na vida, Maria Luiza esteve em diversos lugares, e saíu deles em conflitos. Transitou por diversos espaços, passou de um estado de total desfiliação social para aquisição de maior contratualidade. Este enriquecimento é processual, e está em pleno acontecimento. No momento, está prestes a formalizar seu lugar de moradora/inquilina, ter um morar próprio, contratado em papel e registrado em cartório.

O processo de trabalho *Mediar relação com as proprietárias dos quartos* foi desencadeado por questões relacionadas à sua forma de existir e às formas de existir das proprietárias. Isso quer dizer que independente da conjuntura, é função da equipe de referência tomar para si a responsabilidade dessa mediação: fazer contato telefônico com a proprietária do quarto, conversar e fazer pactuações, fazer visita ao quarto entre outras ações pertinentes.

Com a aquisição de uma renda mensal, por meio do BPC, e de trabalhos informais, as ações se debruçam sobre o cotidiano de Maria Luiza, que desafia a equipe de referência com uma nova necessidade, mais sofisticada que as anteriores, porque agora precisa administrar o dinheiro, planejar seu dia-a-dia para mudar sua forma de morar, sair do albergue, alugar um quarto, comprar móveis e bens de consumo.

No processo de trabalho *Ajudar a organizar o dinheiro,* o *objeto de intervenção* era uma Maria Luiza atrapalhada, desorganizada, gastando de forma aleatória o que recebia, o *instrumento de intervenção* foi uma planilha de gastos, com a *finalidade* de organizar o dinheiro para alugar o quarto e comprar móveis e eletrodomésticos.

O cotidiano atual de Maria Luiza é mais complexo. Trabalha entregando panfletos para uma ótica. Mora em quarto alugado, na companhia de dois periquitos, que ainda não receberam nome; freqüenta o CAPS III Itaim Bibi todos os dias, exceto aqueles em que está trabalhando, vai à igreja semanalmente, freqüenta a unidade de saúde de seu bairro, prepara sua comida nos fins de semana e desfruta do espaço que conquistou para si.

Essa experiência mostra que ter renda, dinheiro para se instalar, comprar bens de consumo, comida, roupa, ter acesso a lazer, religião, cuidados com a saúde são condições intrínsecas à organização da vida psíquica e relacional.

Maria Luiza é um exemplo claro que trabalho não é apenas atividade para subsistência, mas também exercício de fazeres que caracterizam as pessoas e as identificam como sujeito social. O eixo trabalho é um aspecto marcante no seu percurso. O estudo demonstra que quando fica desorganizada, tenta exercer alguma atividade produtiva, mas obtém resultados desfavoráveis, diferente no momento atual, que se encontra com a vida cotidiana estruturada, trabalha panfletando, tem renda mensal e é acompanhada pela equipe de referência, como indicam os eixos da reabilitação como cidadania.

Para o processo de trabalho *Ajudar a conseguir vaga de trabalho temporário ou informal*, o *objeto de intervenção* é uma Maria Luiza angustiada quando não está trabalhando. O *instrumento de intervenção* utilizado pela equipe foi e será, acionar as redes sociais próprias, as redes sociais digitais, anúncios em jornais, entre outros, com a *finalidade* de inseri-la no mercado informal de trabalho.

Observa-se que a equipe de referência fez contatos para ajudá-la a encontrar um posto de trabalho no mercado informal. Depois dessa intervenção da equipe, os dados do prontuário indicam que Maria Luiza não precisou mais do empréstimo do poder contratual dos trabalhadores. Segue sua vida errante, de trabalho em trabalho informal, desafiando a lógica capitalista excludente que tenta deixá-la à margem das trocas sociais. Ela resiste porque existe.

No contexto da inserção num novo trabalho, da mudança de medicação e por vontade própria de reduzir a freqüência ao serviço a necessidade de revisão do PTS se apresentou e Maria Luiza assume um lugar protagonista.

Ao analisar as transformações que ocorreram no processo de acompanhamento dessa equipe de referência junto com a Maria Luiza, fica nítida a necessidade do vínculo como agenciador de possibilidades, percebe-se a mudança de intervenções pontuais, de natureza

farmacológica e "apaga-fogo", para a implementação de ações que criam possibilidades para a vida cotidiana. Hoje, o serviço sabe quem é Maria Luiza, e ela sabe quem é o serviço. Constata-se que após este longo processo, Maria Luiza permite que façam parte de sua vida, emprestem sua contratualidade para ampliação de possibilidades no cotidiano e confia neles para as tomadas de decisões em sua vida.

Constatou-se que todos os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe de referência foram acionados pelas necessidades da usuária, portanto, aferiu-se centralidade na usuária para a produção da ação de saúde. A análise indica clareza e pertinência com relação aos *instrumentos de intervenção* engendrados, mas observa-se que as *finalidades* não ficam claramente definidas em todos os processos de trabalho.

É importante observar que para construir o PTS deve haver uma aposta da equipe de referência que a pessoa tem possibilidade de mudar sua relação com a vida, que se trata de uma construção permanente e que existem "margens de manobra". Assim, "o caminho do usuário é somente dele, e é ele quem dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde" (Brasil, 2008, p. 45).

Para o processo de trabalho *Reorientar o projeto terapêutico singular compartilhado*, o *objeto de intervenção* é uma Maria Luiza protagonista, questionando seu PTS. A equipe de referência, neste processo de trabalho, radicaliza a forma de organização dos saberes, como deve ser no campo psicossocial, quando sustenta que quem sabe de suas necessidades é o sujeito que as porta. O *instrumento de intervenção*, no caso, foi o vínculo e a inclusão do saber laico, leigo, não codificado de Maria Luiza. A *finalidade* deste processo de trabalho é uma diretriz da Reforma Psiquiátrica e do SUS: dialogar com uma cidadã.

Sobre a pendulação, ambivalência afetiva, Maria Luiza reflete:
Não é isso. É saber como vai começar e como vai terminar.
Por isso que eu queria falar tudo direitinho, com começo, meio e fim.

6. Referências bibliográficas

1. Almeida JF, Ferreira VSC, Franco TB, Andrade CS, Anjos SDS, Crispim DH. Fluxograma descritor como analisador do cuidado ao hipertenso no PSF. Bahia: Universidade Estadual de Santa Cruz; 2005.

2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

3. Andrade CS, Franco TB, Vitória S. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. Rim APS. 2007;10(2):106-15.

4. Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(3):441-9.

5. Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

6. Aranha e Silva AL. O Projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

7. Aranha e Silva AL. Reforma psiquiátrica e reabilitação no campo da saúde mental. São Paulo: Mimeo; 2006.

8. Ballan C. O Livro das Receitas d'O Bar Bibitantã: conquistas e desafios na construção de um empreendimento econômico solidário na rede pública de atenção à saúde mental no Município de São Paulo [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 2010.

9. Barros DD. Habitar-reabilitar... o rei está nu? Rev Ter Ocup. 1991;2(2/3):171-94.

10. Barros S, Oliveira MAF, Aranha e Silva AL. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(n. esp):815-9.

11. Basaglia F. Scritti II (1968-1980). dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi; 1982. Riabilitazione e controllo sociale; p. 199-208.

12. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec; 1994. Problemas de inferência e prova na observação participante; p. 47-64.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas [internet]. Brasília; 2011. [citado ex: 2011 abr. 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29803&janela=1.

14. Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília; 2002 [citado ano mês dia]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

15. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde mental em dados [internet]. 2011 [citado ano dia mes]; 6(8). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Saude_Mental_em_Dados_8.pdf.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil [internet]. Brasília; 2005. [citado ano mês dia]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização [internet]. Brasília; 2008. [citado ano mês dia]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Brasília; 2002. p. 56-64.

19. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

20. Cassandri JL. Contribuições da copa da inclusão para a consolidação do campo psicossocial [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

21. Castel R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lanceti A, organizador. Saúde loucura. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 21-48.

22. Cavalcante GMM, Tavares MMF, Bezerra WC. Terapia ocupacional e capitalismo: articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. Rev Ter Ocup. 2008;19(1):29-33.

23. Del'Acqua D, Mezzina R. Resposta à crise In: Delgado J. A loucura na sala de jantar. Santos: Biblioteca Nacional; 1991. p. 53-79.

24. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

25. Figueiredo JA. Práticas e processos de trabalho no CAPS III: a perspectiva do campo psicossocial [dissertação]. Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

26. Fiorati RC. A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial. [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

27. Franco TB, Magalhães HM Jr. Integridade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-33.

28. Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da UNICAMP. In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 135-60.

29. Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 161-98.

30. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1994.

31. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Rev Adm Empres. 1995;35(2):57-63.

32. Goldberg JI. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 33-47.

33. Gondim DSM. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? [dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

34. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto & Contexto Enferm. 2009;18(2):258-65.

35. Jorge MAS. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental [dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.

36. Kimura AF, Merighi MAB. Estudo de caso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

37. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no brasil. 2 ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 55-9.

38. Leão A. O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

39. Louzã-Neto MR, Motta T, Wang YP. História da psiquiatria. In: Louzã-Neto MR, Motta T, Wang YP, Elkis H. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 9-22.

40. Medeiros MHR. Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Hucitec; 2003.

41. Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural; 1988. v. 1.

42. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 113-67.

43. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.

44. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

45. Neves JL. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. Cad Pesqui Adm. 1996;1(3):1-5.

46. Nicácio F, Campos GWS. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. Rev Ter Ocup. 2007;18(3):143-51.

47. Nicácio F, Campos GWS. Instituições de portas abertas: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. Rev Ter Ocup. 2005;16(1):40-6.

48. Nicácio F, Mângia EF, Ghirardi MIG. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. Rev Ter Ocup. 2005;16(2);62-6.

49. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

50. Oliveira GN. O projeto terapêutico singular. In: Campos GWS, Guerreiro AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothchild; 2008.

51. Paro VH. Administração escolar: introdução crítica. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

52. Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. O que é reabilitação psicossocial no brasil hoje; p. 18-26.

53. Randemark NFR. Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias [tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

54. Ribeiro MC. A reabilitação psicossocial num CAPS: concepção dos profissionais [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

55. Relatório do Processo de Capacitação do CAPS III Itaim Bibi, 2009

56. Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 2007.

57. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. Texto & Contexto Enferm. 2005;14(3):350-7.

58. Rosa CA. Serviço Residencial: possibilidades e limites no processo de desinstitucionalização [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

59. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá /Instituto Franco Basaglia; 2001.

60. Saraceno B. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. Estratégias de intervenção; p. 25-33.

61. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 13-8.

62. Soares LBT. Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec; 1991.

63. Stotz EM. Necessidades de saúde: mediações de um conceito. contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

64. Suiyama RCB, Rolim MA, Colvero LA. Residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? Saúde Soc. 2007;16(3):102-10.

65. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.

66. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010.

Anexos

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuário

Eu, Ana Carolina Santos de Souza, terapeuta ocupacional, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa "**A organização dos processos de trabalho de um CAPS III: apreendendo o cotidiano do serviço**", um estudo de caso com observação participante que construirá um "fluxograma descritor", ou seja, um "gráfico" que permitirá aos profissionais do CAPS compreender os caminhos percorridos por você, usuário, no acesso ao cuidado em Saúde Mental, entendendo assim quais as possíveis dificuldades que você enfrenta e assim pensar em estratégias para sanar tais dificuldades. A orientadora da pesquisa é a Prof. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva, professora da mesma Escola. Tal pesquisa tem como objetivos: localizar o lugar e função do CAPS III na rede de cuidados do território em que se insere; desenhar o fluxograma descritor da organização dos processos de trabalho no CAPS III; produzir conhecimentos, em conjunto com os trabalhadores do serviço, que possam contribuir com suas práticas sociais para responder às necessidades de saúde do usuário no campo psicossocial. Seu nome não será divulgado, nem conhecido por outras pessoas, além de mim e de minha orientadora. Você não receberá nenhum tipo de benefício por colaborar com a pesquisa e poderá se recusar a participar, sem que sofra qualquer prejuízo em seu tratamento neste CAPS. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e em revistas científicas. Se tiver dúvidas, você poderá telefonar para mim (11) 7049-4515. Para quaisquer dúvidas quanto a aspectos éticos que envolvem a pesquisa, você pode também entrar em contato com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, através do telefone (11) 3397-2000.
Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra será guardada comigo.

Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa e compreendi os esclarecimentos descritos acima

São Paulo, ____ de _____ 20____.

Assinatura do(a) participante: _____
Assinatura da pesquisadora: _____

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

Eu, Ana Carolina Santos de Souza, terapeuta ocupacional, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa "**A organização dos processos de trabalho de um CAPS III: apreendendo o cotidiano do serviço**", um estudo de caso com observação participante sobre os dispositivos institucionais acionados pelas necessidades de um usuário do serviço, através da construção, em equipe, do fluxograma descritor para apreensão dos itinerários construídos pelo usuário do serviço de saúde mental. A orientadora da pesquisa é a Prof. Dra. Ana Luisa Aranha e Silva, professora da mesma Escola. Tal pesquisa tem como objetivos: localizar o lugar e função do CAPS III na rede de cuidados do território em que se insere; desenhar o fluxograma descritor da organização dos processos de trabalho no CAPS III; produzir conhecimentos, em conjunto com os trabalhadores do serviço, que possam contribuir com suas práticas sociais para responder às necessidades de saúde do usuário no campo psicossocial. Seu nome não será divulgado, nem conhecido por outras pessoas, além de mim e de minha orientadora. Você não receberá nenhum tipo de benefício por colaborar com a pesquisa e poderá se recusar a participar, sem que sofra qualquer prejuízo em seu trabalho neste CAPS. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e em revistas científicas. Se tiver dúvidas, você poderá telefonar para mim (11) 7049-4515. Para quaisquer dúvidas quanto a aspectos éticos que envolvem a pesquisa, você pode também entrar em contato com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, através do telefone (11) 3397-2000.
Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra será guardada comigo.

Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa e compreendi os esclarecimentos descritos acima

São Paulo, ____ de _____ 20____.

Assinatura do(a) participante: _____
Assinatura da pesquisadora: _____

Anexo 3: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – SMS de São Paulo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 17 de Setembro de 2010
PARECER Nº 330/10 – CEP/SMS
CAAE: 0098.0.162.000-10

Ilma. Sra.
Ana Carolina Santos de Souza

Projeto de Pesquisa: A organização dos processos de trabalho de um CAPS III: apreendendo o cotidiano do serviço.
Pesquisador Responsável: Ana Carolina Santos de Souza
Instituição: Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP – Nível Mestrado.
Local onde os dados serão coletados: SMS-CAPS III Itaim Bibi

I - Sumário Geral do Protocolo

A finalidade deste estudo é produzir conhecimentos teórico-práticos que contribuam para a consolidação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e do campo psicossocial.

Objetivos:

- Localizar a função do CAPS III na rede de cuidados do território em que se insere;
- Desenhar o fluxograma descritor da organização dos processos de trabalho no CAPS III;
- Produzir conhecimentos, em conjunto com os trabalhadores do serviço, que possam contribuir com suas práticas sociais para responder às *necessidades de saúde do usuário* no campo psicossocial.

Será utilizado o Estudo de Caso Observacional, no qual a coleta de evidências realizar-se-á através da observação participante e da construção e discussão do "fluxograma descritor" de um caso que esteja em atendimento (caso traçador).

Análise de dados: seguirá a proposta de Merhy e Franco (2006).

Critério de seleção: Unidade CAPS III implantado em 2009. Definir junto com a equipe de trabalhadores e gerência, os que serão envolvidos na pesquisa, podendo ser: - envolvimento de uma mini-equipe; ou um grupo de trabalhadores heterogêneo composto por um representante de cada categoria; ou por trabalhadores interessados no tema.

Os trabalhadores farão a escolha de um Caso que haja mobilização por parte da equipe, que esteja em atendimento (caso traçador).

II - Considerações

Apresentou orçamento, cronograma e currículo do pesquisador responsável que está de acordo com a proposta da pesquisa.

A metodologia está adequada aos objetivos.

A metodologia utilizará observação participativa que coloca os participantes da pesquisa na condição de desconforto, que pretende ser minimizada com apresentação do projeto e capacitação.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – necessitava retificações. Foi apresentado apenas um TCLE. Sendo solicitado em pendência apresentar um TCLE para os profissionais e outro para os usuários assim como foi solicitado apresentar autorização do gerente da unidade para realização da pesquisa na unidade. Ainda foi solicitado no TCLE que fosse redigido na forma

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0098.0.162.000-10

de convite à participação do voluntário. Que fosse explicitado claramente o direito do voluntário recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento, a qualquer tempo, sem quais prejuízos, inclusive quanto ao seu atendimento pela unidade. Que a linguagem fosse adequada para diferentes categorias profissionais e para usuários, evitando frases como "... fluxograma descritor para apreensão dos itinerários construídos pelo usuário do serviço de saúde mental..." e, que fosse informado que haverá observação participativa da pesquisadora.

A pesquisadora apresentou os documentos solicitados com as modificações requeridas sendo considerados adequados pelo relator.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

LM/ba

Anexo 4: Aprovação do gerente do serviço

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone.: 3061- 7602 - Fax.: 3061-7615
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: enpee@usp.br

Solicitação de Autorização para Realização de Pesquisa

Ilmo Sr.
Dr. Ájax Perez Salvador
M.D. Gerente do Centro de Atenção Psicossocial III Itaim Bibi

Eu, ANA LUISA ARANHA E SILVA, orientadora da aluna CAROLINA SANTOS DE SOUZA, terapeuta ocupacional, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Nível Mestrado, solicito autorização para realizar a coleta de dados para o projeto de pesquisa intitulado "**A organização dos processos de trabalho de um CAPS III: apreendendo o cotidiano do serviço**" (documento anexo). Informo que o Projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Processo CAAE 0098.0.162.000-10) e aguarda a aprovação desse respeitável gerente para finalizar a aprovação.

No aguardo de sua avaliação, colocamo-nos à disposição.

Atenciosamente,

São Paulo, 03 de agosto de 2010

Profª Drª Ana Luisa Aranha e Silva

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

De acordo

Dr. AJAX PEREZ SALVADOR
CRM-SP-48891