

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARTHA EMANUELA MARTINS LUTTI MORORÓ

**Cartografias, desafios e potencialidades na construção de
projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial –
CAPS III**

**SÃO PAULO
2010**

MARTHA EMANUELA MARTINS LUTTI MORORÓ

Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III

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

Área de Concentração:
Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Luciana de Almeida Colvero

SÃO PAULO
2010

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: ____/____/____

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

Mororó, Martha Emanuela Martins Lutti.

Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III / Martha Emanuela Martins Lutti Mororó. – São Paulo, 2010.
130 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana de Almeida Colvero.

1. Saúde mental 2. Cartografia 3. Serviços de saúde mental
4. Trabalho 5. Interdisciplinaridade. I. Título.

Nome: Martha Emanuela Martins Lutti Mororó

Título: Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III.

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus queridos pais

Francisco e Cícera

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a toda minha família; irmão, cunhada, primos e tias pelo incentivo, carinho, e muito amor, base que estrutura toda minha caminhada.

Também, e especialmente ao Thomas pela serenidade, compreensão e força nos momentos difíceis.

A Carminha, Beth, Zanza e todos “primos” pela torcida.

A Paula Úrzua por ajudar-me nos primeiros passos dessa caminhada.

A Prof^a Dra. Luciana de Almeida Colvero, por me receber de braços abertos acolhendo minhas dúvidas, angústias e ensinando-me muito mais do que eu poderia encontrar em qualquer livro.

A Bianca Mara Maruco pelo companheirismo e amizade no percurso dessa jornada.

As amizades que realizei nas disciplinas e, principalmente, àqueles que continuarão me acompanhando no Grupo de Pesquisa da Subjetividade em Saúde.

As Professoras Ana Lucia Machado e Fernanda Nicácio pela delicadeza, cuidado e grandiosas contribuições no exame de qualificação.

A Sandra Lia Chioru por autorizar esta pesquisa e possibilitar a realização deste sonho.

A Suzana Robortella pelo incentivo e credibilidade.

Aos trabalhadores do CAPS LESTE pela coragem, disponibilidade e os inúmeros ensinamentos.

A todos colegas de trabalho do CAPS CENTRO pelo companheirismo e apoio necessários para que eu pudesse efetivar esse estudo. Especialmente ao Doni e Ivan, sempre disponíveis nas trocas de plantão; ao Jeferson que, realizando os grupos, não deixou que o processo junto aos pacientes estagnasse; e a Marilene, Silvana e Rita pelos valiosos conselhos.

A Carol que de estagiária, tornou-se amiga e um apoio fundamental para a realização deste trabalho.

A Eliane, por me fazer acreditar nos valores da amizade,... Obrigada por participar desta jornada e sei que participará de muitas outras...

A Fabiana, Maithê, Janaína e Kátia pela participação direta e "indireta" em todos os momentos da minha vida.

Mororó MEML. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Este estudo tem por objeto a construção dos projetos terapêuticos realizados pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III. Considera o processo de criação e expansão do Sistema Único de Saúde-SUS e da Reforma Psiquiátrica no país, cujos princípios e práticas definem a atenção descentralizada, mediante ações próximas das necessidades e realidades das pessoas com sofrimento psíquico, a participação da família e da comunidade. Nesse contexto, os trabalhadores do CAPS têm o desafio de produzir um cuidado segundo um projeto terapêutico individual, construído com a família e equipe, que considere as singularidades da vida da pessoa. Esse modo de cuidar coloca em discussão o olhar do modelo centrado na doença em benefício da ampliação da clínica deslocando, assim, o foco para o processo centrado na pessoa e sua situação real de vida. Considerando a complexidade dessa ação, e na perspectiva de contribuir no contexto das atuais transformações da atenção em saúde mental, esta pesquisa teve por objetivo analisar e descrever as potencialidades e dificuldades na construção dos projetos terapêuticos realizados pelos profissionais de um CAPS III. Com base no método cartográfico e na técnica do grupo focal, buscou-se captar as múltiplas dimensões do objeto. Participaram do estudo trabalhadores das equipes diurna e noturna de um CAPS III do município de Diadema-SP. A condução do grupo focal ocorreu a partir de roteiro pré-elaborado, conforme os pressupostos de Minayo. Foram realizados dois grupos com a equipe noturna e três com a equipe diurna, com a discussão de três casos, neste contexto entendido como a história de um sujeito em sofrimento psíquico sob os cuidados das equipes nos CAPS. A análise foi realizada a partir dos dados provenientes das discussões dos trabalhadores no grupo focal. Dois casos foram selecionados: um discutido com a equipe diurna e o outro, com noturna. Nesse processo a pesquisadora focalizou sua atenção nas informações referentes a construção de projetos terapêuticos pelos sujeitos da pesquisa. No processo de análise construiu-se o Fluxograma Analisador, a partir dos dados colhidos nos grupos, para caracterizar as intervenções realizadas e as relações estabelecidas, o que permitiu evidenciar os nós críticos no processo de trabalho das equipes. Dessa maneira, podemos constatar 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. Porém, mesmo diante desses desafios, os trabalhadores esforçavam-se em construir um trabalho permeado pelas proposições da reabilitação psicossocial e muitos questionaram pontos considerados falhos nesse processo trabalho, o que evidencia a potência desses profissionais.

Palavras Chave: Saúde mental. Cartografia. Serviços de saúde mental. Trabalho. Interdisciplinaridade.

Mororó MEML. Cartography, challenges and potential in construction projects in therapeutic Center of Attention Psychosocial – CAPS III [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

This study focuses on the construction of the projects made professionals in a Psychosocial Attention Center - CAPS III. Does the process of creation and expansion of the Unified Health System - SUS and Psychiatric Reform in Brazil, whose principles and practices define the decentralized attention through actions closer to the needs and realities of people with psychological distress, family involvement and community. In this context, workers in CAPS have the challenge of producing a therapeutic care, according to an individual project, built with family and staff, to consider the uniqueness of the person's life. This mode of care calls into question the look of the model based on disease in favor of expanding the clinical shifting, so the focus to the process centered on the person and his real-life situation. Considering the complexity of this action, and in order to contribute in the context of current transformations of care in mental health, this research was to analyze and describe the strengths and difficulties in the construction of the projects made by therapeutic professionals from a CAPS III. Based on the mapping method and the focus group technique, we attempted to capture the multiple dimensions of the object. Study participants were employees of the teams day and night of a CAPS III of the Municipality of Diadema-SP. Conducting the focus group occurred from pre-prepared script, as the assumptions of Minayo. Two groups were conducted with the team overnight and three with the team during the day, with a discussion of three cases in this context understood as the history of a subject in psychological distress in the care of the teams in CAPS. The analysis was based on data from the discussions of workers in the focus group. Two cases were selected: a discussion with the team and the other daytime, with nighttime. In this process the researcher focused his attention on information concerning the development of therapeutic projects by the research subjects. During the review process built the flowchart Analyzer, based on data collected in groups, to characterize the interventions and the relationships, which highlighted the critical nodes in the process of work teams. Thus, we note that the main challenges faced by the team in the construction of therapeutic projects are: establishment of an effective integration between the various health professionals and between different shifts, systematic organization of spaces and reevaluation of building projects between team; real paradigm change on the health-disease is still rooted in assumptions to the biomedical

paradigm, more stringent records of assistance from professionals in the medical records to facilitate the flow of information between the team and the task of technical reference in the composition and re- projects; spaces supervisory for the feelings of the team working in the care of critically ill patients. However, even in the face of these challenges, workers struggled to build a work permeated by the propositions of psychosocial rehabilitation and many have questioned points considered flawed in that process work, showing the power of these professionals.

Keywords: mental health, cartography, psychosocial care, mental health services, teamwork.

SUMÁRIO

O Início do percurso...	12
1. Os caminhos do Sistema Único de Saúde e Reforma Psiquiátrica	17
1.1 O CAPS III	28
1.1.2. Algumas experimentações de serviços territoriais com leitos de atenção 24 horas	30
2. As novas formas do cuidado e a complexa construção do trabalho em equipe	35
3. Delineando a trajetória da pesquisa	50
3.1. Tipo de pesquisa: <i>o começo da experiência</i>	51
3.2. O Cenário do estudo	54
3.2.1. A Cidade- síntese de sua história	54
3.2.2. A Saúde Mental no Município	56
3.2.2.1. Apresentando o CAPS LESTE	61
3.3. Participantes da pesquisa.....	66
3.4. Procedimentos éticos	67
3.5. Coleta dos dados.....	68
3.6. Operacionalização dos grupos focais	70
4. Análise dos Resultados: Construindo um processo de aprendizado com os trabalhadores	75
4.1. Os desafios e potencialidades nos processos de constituição de projetos terapêuticos	78
4.1.1. Mapeando a passagem de Raquel	79
4.1.2. Mapeando a permanência de Paulo	90
5. Mais algumas considerações	102
Referências	109
Anexos	121

O Início do percurso...

(...)Podemos dizer que assim a pesquisa se faz em movimento, no acompanhamento de processos, que nos tocam, nos transformam e produzem mundos. (Barros e Kastrup, 2009, p. 73)

A partir da prática como Terapeuta Ocupacional em Saúde Mental, comecei a sentir as inquietações que originaram a proposta deste estudo.

Com uma formação voltada a emancipação e autonomia das pessoas, através do instrumento *atividades busco*, na relação com o indivíduo, trilhar uma experiência para que ele possa expandir o campo das relações interpessoais e participar, na medida de suas possibilidades, do mundo social e produtivo.

Influenciada pelas discussões das aulas do curso de Especialização no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO), que conclui em 2006, penso que o trabalho do terapeuta ocupacional em qualquer área de atuação (física, mental, social, educacional, etc.), objetiva sempre garantir a saúde mental dos sujeitos como base para promover sua interação social. Especificamente na área de Saúde Mental, Benetton (1994, p.07) destaca que o trabalho do terapeuta ocupacional "se caracteriza fundamentalmente em objetivar a saúde mental de um louco de tal forma que, mesmo quando louco, haja manutenção da interação social".

Entretanto, minhas primeiras experiências de trabalho após a graduação foram em instituições psiquiátricas fechadas, com a lógica do pensamento manicomial, que pressupõe, dentre outras variáveis, o distanciamento das pessoas identificadas como portadoras de um sofrimento psíquico do núcleo familiar e social pela suposição de que são improdutivas e perigosas (Oliveira, 2009).

Este pensamento fomenta a crença na exclusão em instituições totais como a forma prioritária para solucionar os problemas destes usuários, favorecendo a prática desta exclusão a qualquer preço, mesmo que pelo uso da força, sempre sob a justificativa de que se procede para o bem do usuário e para proteção sua ou dos que o cercam. (2009, p.55)

Desse modo, muitas vezes eu desconhecia a história de vida dessas pessoas e o tratamento acontecia em condições extremamente descontextualizadas de suas realidades. Além disso, com reuniões de equipe pautadas principalmente no saber médico, não circulava entre os demais trabalhadores seus saberes, suas impressões e suas indagações acerca dos pacientes, o que tornava o trabalho bastante solitário.

Nessa situação, eu avaliava o trabalho como sendo cindido e pouco eficaz, pois, ao mesmo tempo em que o tratamento não oferecia um plano terapêutico próximo das necessidades das pessoas, eu não conseguia alcançar os objetivos da atuação enquanto Terapeuta Ocupacional. Durante os grupos de atividades, muitas vezes me sentia como se estivesse apenas ocupando o tempo ocioso dos pacientes, sem conseguir intervir em seu processo saúde-doença de forma realmente transformadora.

Foi um momento de grandes indagações e angústias, com momentos em que quase desisti da profissão. Mas, após a aprovação em concurso público e a convocação para trabalhar no CAPS em Diadema, acreditando nas possibilidades e potência do trabalho ali desenvolvido, recobrei o ânimo e fiquei bastante entusiasmada com a nova perspectiva profissional.

Durante a graduação, na disciplina de Terapia Ocupacional em Reabilitação Psicossocial, ministrada na época pela Prof^a. Flávia Liberman, discutimos as questões referentes ao novo modelo de tratamento preconizado nos CAPS como oposto ao manicomial. Para entendermos a possibilidade deste funcionamento na prática, a professora nos sugeriu

visitas a algumas unidades e, entre elas, o CAPS de Diadema.

Assim, naquele momento, como aluna, eu e outras colegas visitamos a unidade, onde fomos recebidas pela terapeuta ocupacional que ali trabalhava naquele momento. A partir da aproximação com esta realidade, pude vislumbrar a possibilidade de realização de um trabalho com ações mais integradas entre a equipe e a realidade de vida das pessoas.

Já no período em que voltei ao CAPS, não mais como aluna-visitante e sim como trabalhadora, a assistência a Saúde Mental do município passava por grandes reformulações, um processo que passou pela desativação da enfermaria psiquiátrica e a construção de três CAPS III.

Nesse momento, então, estava implicada em dois grandes desafios: o primeiro referente a estar frente a uma atuação que nos convoca a repensar nossa prática profissional, que nos alerta quanto aos perigos de permanecer aprisionados ao paradigma biomédico, presente nas formas mais tradicionais de intervenção, e o segundo, o desafio de integrar uma equipe em meio a tantas mudanças institucionais, o que desencadeou nesta ocasião um clima de indagações, incertezas, dúvidas e angústias.

Deste modo, na perspectiva de agregar elementos a minha prática profissional, passei pelo processo de seleção e posterior ingresso no Mestrado. Este caminho possibilitou-me o contato com muitos textos que discutem questões referentes a construção de uma prática diferente da manicomial independentemente do lugar da atuação, aquela que se refere a uma prática compartilhada entre os membros da equipe e demais serviços da comunidade, e que considere a realidade de vida das pessoas.

Portanto, nesta pesquisa me propus a conhecer e analisar a realização dos projetos terapêuticos construídos por uma equipe de CAPS III e, para trilhar este caminho, o estudo seguiu os rumos do método da cartografia, o

qual pretende acompanhar e investigar um processo de produção e não somente representar um objeto com em um mapa (Kastrup, 2009).

Este método considera que, a partir da habitação de um território e engajamento com o mundo que cerca o espaço da pesquisa, se organiza o processamento das informações do lugar já constituído em um processo de aprendizado do próprio cartógrafo (Alvarez, Passos, 2009).

Desta maneira, algumas indagações me guiaram no começo dessa viagem: como a equipe interage entre si na construção de cuidados às pessoas com sofrimento psíquico? como é que a multiplicidade de atores envolvidos no trabalho em equipe colabora no cuidado e projetos terapêuticos das pessoas com sofrimento psíquico?

Para produzir esta dissertação, busquei inspirar-me em várias referências que, conforme a necessidade me ajudaram a tecer a pesquisa.

De modo a estruturar o trabalho, buscando o melhor entendimento do leitor, começarei com alguns conceitos fundamentais, os quais delimitaram a construção do estudo: a contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS) e Reforma Psiquiátrica (RP), os aportes teóricos dos autores que discutem a realização dos projetos terapêuticos singulares, o trabalho em equipe, o trabalho em saúde, a análise institucional segundo Baremlitt, até a reestruturação do sistema de Saúde Mental de Diadema, para contextualizar o campo de conhecimentos e práticas que fazem parte do cenário desta pesquisa.

1. Os caminhos do Sistema Único de Saúde e Reforma Psiquiátrica

*O azul continuará cinzento
Enquanto não for reinventado.
(Frase escrita nos muros da cidade de
Paris, durante movimento estudantil e
operário em maio de 1968)*

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de um longo caminho de mudanças políticas e institucionais intituladas *Reforma Sanitária*, iniciadas em meio à transição do período do Regime Militar. Esse processo pretendia alcançar mudanças no cenário da assistência a saúde no Brasil, que apenas atendia os trabalhadores que com contrato de trabalho regular (carteira assinada) e participação contributiva na Previdência Social; os demais eram atendidos pelos serviços filantrópicos e privados. Através desse movimento, buscou-se uma concepção de saúde compreendida como direito do cidadão e dever do Estado (Mendes, 1999).

A partir da Constituição de 1988, influenciado pelos trabalhos da Comissão da Reforma Sanitária apresentados na 8ª Conferência Nacional de Saúde dois anos antes, o SUS-Sistema Único de Saúde foi estabelecido como um sistema para determinar as ações de saúde no Brasil (Mendes, 1999).

Instituído a partir das Leis 8080 e 8142, o SUS teve como meta e princípios o atendimento universal e gratuito, com equidade, humanizado, estendido a toda a população brasileira. O sistema incorpora, então, a concepção do processo saúde-doença, entendendo que o modo de viver e trabalhar das pessoas pode determinar os aspectos de saúde. Organizado a partir da descentralização das ações e participação social, a saúde assumiu, finalmente, sua condição de direito de cidadania e dever do Estado (Mendes, 1999).

Desde então, O SUS passa por um processo de constantes reformulações de suas práticas, sendo um dos maiores desafios contemporâneos o de realizar um trabalho integrado entre os serviços, ações e saberes profissionais.

Estas são as metas de sua reestruturação que, de acordo com Campos (2003), para serem alcançadas, exigem uma mudança relacionada a articulação dos serviços de saúde, que muitas vezes operam na lógica dos encaminhamentos e desresponsabilização dos casos. Outra mudança citada pelo autor refere-se à prática dos profissionais de saúde, que ainda tem, em muitas equipes, o médico como ator principal de práticas cindidas de atenção à doença.

Colaborando também com a discussão das articulações das ações e serviços, Cecílio (2006) propõe duas dimensões de *integralidade*. A primeira, fruto do saber da equipe que opera no espaço delimitado dos serviços, o autor denomina como "*integralidade focalizada*". Nesse espaço deveria prevalecer o compromisso de se fazer a melhor escuta possível, acolhendo as reais necessidades das pessoas.

Contando que, por melhor que seja, a integralidade nunca será plena em qualquer serviço, o autor remete a segunda dimensão da integralidade: a "*integralidade ampliada*", que se refere a articulação dos equipamentos de saúde e/ou outros. Desta forma, Cecílio (2006, p. 117) destaca:

A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Já no campo da saúde mental, paralelamente ao período de reformulação da atenção à saúde no Brasil, ocorreu o movimento da *Reforma Psiquiátrica (RP)* que também trazia propostas de mudanças ao sistema assistencial de saúde, principalmente ao **de saúde mental**.

Este movimento se opôs a lógica psiquiátrica tradicional que possui como característica essencial incluir categoricamente as pessoas portadoras de sofrimento psíquico de forma que deixam de equiparar seus direitos aos de outros cidadãos não classificados como tal. Entende-se a partir deste prisma que o paciente psiquiátrico por natureza é improdutivo e perigoso, logo, deve ser afastado da convivência familiar e social por meio de internação em locais fechados até que seja “controlado” (Oliveira, 2009).

Todo o contexto da reforma se baseia numa transformação paradigmática que pretende que as ações na saúde mental considerem as pessoas como protagonistas de processos que busquem a sociabilidade, produção de vida, de sentido, de cidadania. Portanto, tem como meta desconstruir saberes e práticas focadas na doença e na relação linear causa-efeito, na qual o trabalho propõe a cura da doença psiquiátrica (Nicácio, 2003).

Assim, de acordo com Rotelli (1990, p. 91) “o problema não se tornará a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; outros diriam: o processo de singularização e ressingularização.”

Leonardis, Mauri, Rotelli (1990, p. 86) também enfatiza:

Tratar? Talvez apenas mover-se cotidianamente com o usuário ao longo de um percurso que não vise um valor mas que reconstitua ou crie a complexidade e lhe restitua um seu sentido. Curar? Talvez apenas reconstituir a identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder de sujeito social; também e sobretudo como impossível de se controlar; ampliar aquele resíduo irreduzível e

ameaçador para o sistema; manter em aberto o suspeito; evitar que o estado agudo se pacifique em cronicidade.

Desta maneira, a RP, apoiada nos princípios da desinstitucionalização e na abordagem da Reabilitação Psicossocial, busca o resgate da cidadania das pessoas a partir de uma rede de cuidados no território em que vivem, para que, assim, lhes sejam garantidas respostas as suas reais necessidades.

Os preceitos da desinstitucionalização presentes da RP brasileira foram inspirados na experiência Italiana de reformulação da assistência em saúde mental, a "Psiquiatria Democrática Italiana", ocorrida primeiramente na cidade de Gorizia, em 1961, e depois em Trieste, quando Franco Basaglia tornou-se diretor do hospital psiquiátrico San Giovanni, em 1971 (Nicácio, 1990).

Este movimento, baseado na desconstrução da lógica manicomial, promoveu o desmonte das instituições hospitalares, inventando uma rede de serviços no território; entendia-se, porém, que a superação do aparato manicomial envolvia não somente o desmonte dos hospitais, mas todas as relações de poder no entorno do objeto doença, que podem estar em diversos espaços, até mesmo nos serviços territoriais (Amarante, 1992).

A experiência italiana buscou, então, desmembrar todos os aparatos científicos, legislativos, administrativos constituídos em torno da *doença* para se retomar o contato com a existência dos pacientes, enquanto existência-sofrimento (Rotelli, Leonardis, Mauri, 1990).

Para que o processo de desinstitucionalização não se caracterize simplesmente pela "desospitalização", em que se transfere os pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial, Saraceno (2001) sugere a prática da *Reabilitação Psicossocial* como estratégia fundamental para a transformação do paradigma psiquiátrico e da assistência em saúde

mental.

A Reabilitação Psicossocial é uma abordagem que pressupõe a abertura dos espaços de negociação entre o paciente e o meio em que vive, para assim desenvolver o poder de *contratualidade* das pessoas nos espaços do habitar, das redes sociais e do trabalho. Desta maneira, o autor considera:

A reabilitação não é a 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 das trocas que se cria um efeito "habilitador" (Saraceno, 2001, p.111-112)

Kinoshita (1996) acrescenta que esta ação fundamentada no processo de restituição do poder contratual das pessoas tem como objetivo aumentar a autonomia dos usuários, compreendida esta como a capacidade do indivíduo para gerar normas, ordens para sua vida diante das diferentes situações que enfrente.

Entretanto, não se trata de confundir autonomia com independência já que segundo o autor, dependentes somos todos, mas em poder ampliar a dependência de relações/coisas dos usuários, uma vez que "somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ornamentos para a vida" (Kinoshita, 1996, p.57).

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi deflagrado em 1978, com a greve dos trabalhadores de quatro unidades no Rio de Janeiro do DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental - órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental da época), insatisfeitos com suas condições de trabalho e atendimento a pessoas com transtorno mental (Amarante, 1995).

Na década de 80, o DINSAM através do CONASP (Conselho da Administração de Saúde Previdenciária) aprovou o *Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica* "em que várias secretarias estaduais incorporam-se a estas iniciativas e implantam programas de expansão da rede ambulatorial pública" (Schechtman, Alves, Silva, 1996 apud Aranha e Silva, 1997, p.09).

Aprovado em dezembro de 1982, esse programa foi criado a fim de melhorar a qualidade da assistência na área de saúde mental, planejando o uso de recursos e aumentando sua produtividade. De acordo com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1983) apud Schmidt (2004, p. 176) seus princípios incluíam:

- regionalização e hierarquização dos serviços;
- priorização do atendimento primário e da capacidade instalada do setor público;
- responsabilidade do Estado na definição e condução das políticas;
- integração interinstitucional;
- descentralização administrativa e desburocratização dos procedimentos;
- estabelecimento de mecanismos de avaliação dos serviços;
- participação dos vários agentes incluindo os usuários no processo de prestação de serviços.

Alinhado a este processo, no Estado de São Paulo, durante a gestão do então governador Franco Montoro (primeiro governo eleito democraticamente após regime militar), a Coordenadoria de Saúde Mental

implementou as primeiras normativas, as quais influenciaram de maneira significativa o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Aranha e Silva, 1997).

O projeto, além de desencadear um conjunto de ações no estado, como a ampliação do atendimento nas unidades básicas com equipe multiprofissional e equipe mínima de saúde mental, contemplou a implantação das primeiras unidades de emergência psiquiátrica e enfermarias em hospital geral. Nesse percurso, foi inaugurado em março de 1987, no município de São Paulo, o primeiro *Centro de Atenção Psicossocial público do Brasil*, o *CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira* (Barros e Egry, 2001).

Segundo Goldberg (1994), os projetos de atendimentos surgidos na rede pública de saúde mental a partir da implantação do CAPS, apresentam uma recusa do modelo sintomatológico para a criação de uma "clínica psiquiátrica renovada" que considere não apenas a doença, mas a *pessoa em toda sua totalidade*. Ou seja, uma prática que considera o indivíduo numa malha de relações e que contempla a fala do paciente não para reconhecer sintomas, mas para a produção de sujeitos sociais dentro dos limites impostos pela loucura.

De acordo com a Coordenadoria de Saúde Mental (1987) apud Amarante (2001, p. 29) em seu projeto original, este CAPS era definido como:

(...) uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, que oferecia às pessoas um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil. Nesse contexto, pensa-se, portanto, numa rede assistencial externa intermediária, não cronificante e não-burocratizada, ligada à sociedade e à comunidade (...). A assistência é definida como de atenção integral (no sentido psicossocial), exercida através de um programa de atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional.

Outro acontecimento relevante nesse processo de desconstrução e construção de saberes e práticas no campo da saúde mental foi a intervenção realizada pela Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, em 1989.

Constatados maus tratos neste hospital psiquiátrico, a partir da reivindicação dos trabalhadores, o poder público local ordenou seu fechamento. Pela primeira vez no Brasil, aconteceu a substituição da rede centrada no manicômio para uma centrada na rede de atenção com NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial, residências, associações, cooperativas, etc.

O projeto do NAPS foi organizado após a criação do serviço e foi fundamentado nos autores da experiência Italiana de Trieste e Gorizia (Amarante, 1992).

Em consonância com os ideais italianos, para ser um serviço substitutivo ao manicômio, a proposta do NAPS incluiu funcionamento 24 horas, sete dias por semana, com seis leitos. Além disso, o trabalho em equipe, compreendido como "o trabalhar junto, como espaço coletivo de ação e reflexão" (Nicácio, 1990 apud Amarante, 2001, p.31), foi fundamental para a transformação do papel do técnico e da construção de um novo serviço.

Na experiência do NAPS, as proposições de responsabilidade pelo cuidado global dos "usuários graves" do território, de produção de uma instituição pautada na relação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico em seu contexto relacional e não na doença, de afirmação da liberdade e da cidadania, e de produção de emancipação e de vida colocaram o desafio de pensar novas formas de projetar o conjunto de dimensões que compõem o trabalho da equipe, o cotidiano institucional e a prática terapêutica (Nicácio, 2003, p.179)

Outra estratégia utilizada para alcançar o objetivo de romper com modelo psiquiátrico tradicional foi a *regionalização*, compreendida como

uma ação de transformação cultural. A partir do conhecimento das necessidades, demandas e instituições de determinada região, são propostos *projetos terapêuticos* de maneira a “cuidar de uma pessoa, fazer-se responsável, evitar o abandono, atender a crise e responsabilizar-se pela demanda” (Nicácio, 1990 apud Amarante, 2001, p.31).

Como podemos constatar, as experiências do NAPS em Santos e do CAPS em São Paulo foram distintas na medida em que na primeira ocorreu a criação de uma rede de atenção a partir do desmonte do manicômio local, e a outra, apreendida como um serviço intermediário entre o hospital e a comunidade, era um serviço único deste porte e, naquele momento, não pode se constituir a substituição do aparato hospitalar por uma rede mais ampliada de cuidados em saúde mental.

Numa situação como esta, a grande inovação do CAPS, que era atender os pacientes de acordo com um projeto terapêutico alinhado as suas necessidades, poderia limitá-lo em seus objetivos para acolher uma cidade com a dimensão de São Paulo (Campos, 2000).

Todavia, podemos considerar as duas experiências extremamente importantes no conjunto do surgimento de serviços e práticas antagônicas ao tratamento psiquiátrico convencional no Brasil.

A partir da criação do NAPS de Santos o Ministério da Saúde regulamentou a implantação de serviços dessa natureza. Assim, com a deflagração do processo pelas Portarias 189/91 e 224/92 ocorreram, respectivamente, a diversificação dos procedimentos remunerados pelo SUS nos níveis ambulatorial e hospitalar (tais como a consulta individual e em grupo por profissionais de diversas categorias, o atendimento em oficinas terapêuticas em centros e núcleos de atenção psicossocial e em hospitais-dia, a urgência e internação em hospital-geral), e o estabelecimento de

padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental (Alves et al., 1992).

Amarante (2001) enfatiza que, apesar dessas portarias terem colaborado na criação de muitos serviços, na medida em que as experiências do NAPS e CAPS foram colocadas como iguais, dissolveram-se as diferentes questões trazidas por cada uma.

Porém, o autor considera a grande importância dessas experiências no contexto das transformações ocorridas no campo da saúde mental, que objetivam a superação do modelo manicomial e não apenas a humanização ou modernização dos serviços. Além disso, o autor nos aponta que nem sempre os serviços de saúde mental chamados de *novos* realmente se opõem ao modelo tradicional de atenção:

Assim, cumpre verificar como se organizam os novos serviços no sentido de produzir uma instituição com caráter substitutivo, assumindo a demanda real dos portadores de sofrimento psíquico no sentido de produzir uma instituição de caráter substitutivo e assumindo os recursos financeiros e o pessoal atualmente destinado ao sistema hospitalar, ao invés de seguir uma nova demanda, formando uma rede paralela, talvez medicalizante/psicologizante, talvez cronicizante (Amarante, 2001, p. 33).

Atualmente, a política nacional de saúde mental prevê uma atenção descentralizada, com participação efetiva da família e comunidade. Com a implantação de dispositivos extra-hospitalares, como CAPS, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, Programa Saúde da Família, cooperativas de trabalho, etc., compõe-se uma rede de serviços e ações que deve abranger a complexidade das necessidades das pessoas, em contraposição ao modelo medicalizante (Brasil, 2004).

A partir da portaria 336/02, os CAPS se configuram como eixo central das práticas em saúde mental e podem constituir-se de acordo com sua

capacidade e complexidade, como CAPS I, CAPS II ou CAPS III (Brasil, 2004).

Assim, focalizaremos no item a seguir as peculiaridades de um dos dispositivos desta rede, o qual será palco deste estudo- *o CAPS II*

1.1. O CAPS III

A portaria 336/02 reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do CAPS, que deve estar capacitado para realizar o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial; logo, o CAPS III terá capacidade operacional para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando durante os sete dias da semana, 24 h, com cinco leitos para repouso ou observação (Brasil, 2002).

Conforme a tabela I em anexo (Anexo I), a maioria dos Estados no Brasil possui CAPS I ou II; no entanto, com referência ao CAPS III esse número é extremamente reduzido. De acordo com o parâmetro adotado neste levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, seis estados oferecem uma boa cobertura de CAPS; onze estados, uma cobertura regular/boa; cinco possuem cobertura regular/baixa; quatro apresentam uma cobertura baixa e um estado tem cobertura avaliada como sendo insuficiente/crítica (Brasil, 2009).

Já em estudo avaliativo das ações de saúde mental realizado no Estado de São Paulo, Morais et al. (2009) informa que, no período de 2002 a 2006, mesmo mediante a proposta de mudança do modelo de atendimento em saúde mental, não houve alterações importantes na produção da rede substitutiva e tampouco na redução das internações psiquiátricas.

Segundo a pesquisa, o número de internações pode estar relacionado ainda a grande quantidade de moradores em hospitais psiquiátricos, a persistência de modelos tradicionais “hospitalocêntricos” e a falta de implantação de dispositivos e práticas substitutivas. Ainda de acordo com o estudo, devido aos resquícios do modelo medicalizante, os efeitos dessa mudança podem ser lentos.

Estes dados evidenciam a necessidade do poder público de realizar investimentos nesta área para que, de maneira realmente efetiva, ocorram as mudanças na assistência a saúde mental. Não se trata de um caminho de consenso o processo de quebra do modelo tradicional, e ainda existem muitas contradições a superar.

A partir das experiências do NAPS e do CAPS, ocorrem no Brasil diversas experimentações no campo da saúde mental no processo de produção de alternativas ao tratamento manicomial e, embora existam as normativas recomendadas pelo Ministério da Saúde na composição dos serviços territoriais e a rede de Saúde Mental, essas mudanças ocorrerão conforme a realidade das cidades e municípios, que se propõem a investir nessas mudanças de acordo com a pretensão da política local, concepção teórica da gestão de saúde mental, disponibilidade financeira, entre outras razões.

Para exemplificar tal fato, faremos agora uma passagem por mais alguns projetos significativos de serviços territoriais de atenção 24 horas, que possuem leitos para acolher as situações mais graves.

Cada projeto, de acordo com sua especificidade, contribui na elaboração e implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica; no entanto, sabendo que todo o processo de cada experiência é bastante complexo, optamos por destacar apenas algumas características singulares

em cada um destes serviços.

1.1.2. Algumas experimentações de serviços territoriais com leitos de atenção 24 horas

A experiência direta é o subterfúgio, ou o esconderijo, daqueles que são desprovidos de imaginação (...). As coisas não valem senão na interpretação delas. Uns, pois, criam coisas para que os outros, transmutando-as em significação, as tornem vidas. Narrar é criar, pois viver é apenas ser vivido. (Fernando Pessoa)

Abordaremos as experiências dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte, de Campinas e do município de Sobral, no Ceará. Dadas as peculiaridades, todos os arranjos em saúde mental possuem serviços 24 horas com leitos para observação dos casos emergenciais.

O CERSAM, em Belo Horizonte, a partir do início da década de 1990, começou a integrar a rede de serviços de saúde mental oferecida pelo SUS na cidade, tendo como papel específico atuar na *urgência* psiquiátrica “oferecendo retaguarda ou referência para as unidades básicas de saúde (UBS) e apoio quando o manejo da crise parece ser impossível” (Silveira, Alves, 2003, p. 647).

Dessa forma, disponibiliza tratamento até a estabilização do quadro de crise, quando os pacientes são encaminhados a outros serviços, principalmente aos centros de saúde; entretanto, apesar da proposta do município orientar que os CERSAMS devem atuar em conjunto com os outros dispositivos, ainda existe uma dificuldade no encaminhamento de determinados casos. Assim sendo, alguns pacientes permanecem um período maior em acompanhamento ambulatorial no próprio CERSAM

(Oliveira, 2006).

Os CERSAMs têm jornada de doze horas, das 7h às 19h, todos os dias da semana, inclusive feriados; duas de suas sete unidades funcionam 24 horas, sendo que cada uma possui seis leitos, atendendo as necessidades de pernoite das regiões de seu entorno e, eventualmente, dos demais centros da capital mineira (Melo, Cunha, 2008).

Já na cidade de Campinas, interior de São Paulo, existiu um investimento na implantação da atenção primária a saúde desde a década de 1970, quando se iniciou um projeto de saúde comunitária liderado pelo então secretário de saúde, doutor Sebastião de Moraes, caracterizando-se como uma das primeiras experiências no Brasil (Domitti, 2006).

Com referência a saúde mental, a transformação do modelo de atenção começou com a desospitalização no tratamento de doentes graves e crônicos, com a progressiva criação de Centros de Atenção Psicossocial e residências terapêuticas. A partir da adoção de um modelo chamado *híbrido*, ocorreu a ampliação da saúde mental na atenção primária, concomitante ao investimento na construção de equipamentos de saúde mental, com uma ação fundamentada na abordagem da reabilitação psicossocial, baseada nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira (Domitti, 2006).

Todo esse movimento foi alavancado pelo convênio de co-gestão entre a secretaria de saúde e o então sanatório filantrópico, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em 1990. Com essa parceria, constitui-se neste serviço um hospital-dia, unidade de internação, núcleo de oficinas de trabalho e unidade de reabilitação dos pacientes moradores (Domitti, 2006) (Campos, 2000).

O fato representou o desafio de se produzir a superação, na prática, do manicômio e suas práticas segregadoras "por dentro" do próprio hospital. Para tanto, iniciou-se ali o processo de revisão diagnóstica, recuperação das histórias de vida e a localização das famílias dos usuários internados. Enfim, o usuário passou a ser o centro das ações terapêuticas. (Luzio, L'abbate, 2006)

Na gestão de 2001 a 2004, outra ação pioneira realizou-se na cidade. Com a implantação das Equipes de Saúde da Família a partir do Projeto *Paidéia*^{*}, incorporaram-se na rede básica profissionais como o médico generalista e o agente comunitário de saúde, e, nesse contexto, introduziu-se a proposta de trabalhar com projetos terapêuticos interdisciplinares e o apoio matricial em saúde mental^{**} (Domitti, 2006) (Amorim, 2008).

O Apoio Matricial na cidade consistiria em um encontro entre profissionais do CAPS e unidade básica, para promover “troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários” (Figueiredo, 2006, p. 30).

Desta forma, com vistas ao aprimoramento da atenção a saúde mental na cidade de Campinas, além do desenvolvimento de serviços territoriais como o CAPS III, com funcionamento 24 horas e leitos de atenção a crise, também existe o investimento na atenção básica, com o apoio matricial. Compreende-se que, desse modo, os profissionais possam regular o fluxo de usuários nos serviços, diferenciando as situações que dependem da equipe de referência da unidade básica de saúde ou de outros recursos sociais do

* A Estratégia de Saúde da Família proposta pelo Ministério da Saúde é uma alternativa para a mudança de modelo assistencial de saúde; a partir do trabalho de uma equipe que se responsabilize pelas famílias de uma determinada área de abrangência, se assume o desafio de garantir acesso igualitário das pessoas a todos os serviços de saúde. A esse respeito, ver publicação do Ministério da Saúde: *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2ª ed Brasília, 1998, e portaria 648 de 28 de março de 2006. Já o projeto *Paidéia* realizado em Campinas, foi uma adaptação da Estratégia de Saúde da Família ajustada ao contexto sanitário da cidade. Sobre este tema ver obra de Gastão Wagner intitulada *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

** O Apoio Matricial em Saúde Mental é uma estratégia elencada pelo Ministério da Saúde para a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica. Se configura como um suporte técnico especializado ofertado à uma Equipe de Saúde da Família para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. A partir de discussões clínicas e até mesmo intervenções conjuntas, os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde (Brasil, 2003).

entorno, ou ainda, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou pelo CAPS da região de abrangência (Figueiredo, Onocko Campos, 2009).

Além de 48 leitos distribuídos nos seis CAPS III e dez leitos distribuídos nos dois CAPS Álcool e Drogas, Campinas conta ainda com 55 leitos regulados e racionalizados pela Central de Regulação no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, além dos leitos de retaguarda clínica na enfermaria na Santa Casa de Misericórdia. Há também leitos no Pronto Socorro e enfermaria do hospital Celso Pierro e no Hospital das Clínicas da Unicamp, que não são regulados pela Prefeitura (Campinas, 2009).

Já na experiência do município de Sobral, no Ceará, a rede de saúde mental em sua singularidade não possui CAPS III e o manejo da crise é realizada nos leitos oferecidos na Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral - UIPHG (Tófoli, Fortes, 2005/2007).

A UIPHG conta com dezesseis leitos e mais cinco leitos flutuantes na clínica; é referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento psiquiátrico após as dezoito horas e aos fins de semana e feriados, quando os serviços como o CAPS II da região não estão em funcionamento (Sá, Barros, Costa, 2005/2007).

Para os casos não emergenciais, a porta de entrada é realizada na atenção primária, já que através do apoio matricial a equipe de Saúde Mental - que tem uma excelente integração com a atenção básica - auxilia as Equipes de Saúde da Família a definir o fluxo da demanda (Tófoli, Fortes, 2005/2007).

Como podemos ver, de acordo com sua particularidade, cada um destes projetos pretende acolher os casos de urgência e emergência, seja em hospital geral ou serviços de atenção específicos para este fim, e referem o investimento da interação com demais serviços de saúde da comunidade.

Entretanto, apesar da criação de novas formas de lidar com a loucura, ainda há muito que se fazer, e todas as propostas são passíveis de ajustes e reformulações. Dessa forma, devemos atentar para que esses projetos não se tornem “roupagens novas para velhos princípios”, e para isso são necessárias algumas rupturas fundamentais para que, de fato, ocorra a superação do modelo tradicional de atenção e não somente a metamorfose dos serviços (Amarante, 2001).

Dentre essas rupturas, destacam-se as seguintes: o rompimento com o método epistêmico da psiquiatria centrado nas ciências naturais, o conceito de doença mental entendido como periculosidade e doença, e o princípio das instituições asilares entendidas como recurso terapêutico capaz de tratar a doença mental (Amarante, 2001).

Nesse sentido, com a expectativa de superar o modelo manicomial de atenção, é necessário que as novas formas de cuidado estabelecidas através de um projeto terapêutico individual sejam instituídas nestes serviços. Assim, tendo em vista a importância e complexidade destas questões, aprofundaremos esta discussão no próximo capítulo da pesquisa.

2. As novas formas do cuidado e a complexa construção do trabalho em equipe

*Pois que reinaugurando
Essa criança
Pensam os homens
Reinaugurar a sua vida
e começar novo caderno,
fresco como o pão do dia;
Pois que nestes dias a aventura
parece em ponto de vôo, e parece
que vão enfim poder
explodir suas sementes.
(João Cabral de Melo Neto)*

A partir das premissas do SUS e da Reforma Psiquiátrica, os profissionais dos CAPS tem o desafio de construir, juntamente com o usuário, família e equipe, um “Projeto Terapêutico Individualizado” (PTI), ou chamado também de “Projeto Terapêutico Singular” (PTS).

Atualmente, conforme recomendação do programa de Humanização do SUS (Brasil, 2007), esta estratégia é empregada em todas as esferas dos serviços de saúde; entretanto, foi utilizada pela primeira vez na experiência do NAPS de Santos* onde se tentava atuar com a noção de projeto terapêutico compreendido enquanto *processo*:

(...) construído, reconstruído, repensado, redimensionado, em relação com os usuários e com os familiares e em equipe. Um processo que, criticando as distâncias produzidas pelas hierarquias e pelas diversas formas de objetivação, implica proximidade, intensidade de redes de afetos e de relações. (Nicácio, 2003, p.180)

O projeto terapêutico visto como um plano de acompanhamento deve considerar o histórico de vida da pessoa, tendo objetivos claros e sendo reavaliado periodicamente (Mângia, Castilho, Duarte, 2006).

* Dado obtido no exame de qualificação desta pesquisa, segundo Maria Fernanda Nicácio em Dezembro de 2008.

Esse projeto será realizado pelo Terapeuta de Referência (TR), ou ainda Técnico de Referência, que é o profissional da equipe que, juntamente com o usuário, vai monitorar o PTS, definindo a frequência e as atividades das quais o paciente participará. Também são de responsabilidade do TR o contato com a família e as avaliações periódicas dos objetivos traçados no projeto (Brasil, 2004).

No que se refere a participação dos usuários na elaboração dos projetos terapêuticos, Jardim et al. (2009) assinala que, em sua análise, aparentemente os trabalhadores ainda apresentam dificuldades nos processos de negociação com os pacientes, evidenciando uma oposição ao paradigma psicossocial.

Dessa maneira, Merhy (1994) nos sugere pensar em como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários e, com a noção de *vínculo*, nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que temos com eles.

Para o autor, criar vínculos implica em ter relações próximas e claras, que nos sensibilizem com o sofrimento do outro:

(...) É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, é integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo (Merhy, 1994, p.138).

Portanto, a partir do estabelecimento de um vínculo, no processo de construir e negociar com o paciente e família seu projeto terapêutico, Mângia (2002) recomenda considerar alguns eixos:

- A centralidade da pessoa e do processo de construção/reconstrução de histórias de vida;
- O novo tipo de relação cliente-terapeuta-serviço.
- O deslocamento do locus da ação da instituição para o território e para as situações da vida real.
- A nova concepção de projeto terapêutico e a ruptura com a tradicional separação entre prevenção, tratamento e reabilitação.
- A importância da definição de metas significativas, construídas, explicitadas e compartilhadas com os usuários.
- O estabelecimento de critérios avaliativos e o desenvolvimento da avaliação continuada dos processos.

A autora também dá ênfase a compreensão dos projetos terapêuticos no contexto das *redes sociais das pessoas*, entendidas como "(...) espaços complexos de interações que podem oferecer apoio em momentos críticos e suportes significativos para a produção e reprodução da vida social (...)" (Castel,2000 e Souza, 1999, apud Mângia, 2007, p.57).

A partir dessa perspectiva, é possível analisar os componentes que podem cooperar para a melhoria da saúde, ou seja, aqueles que representam os fatores de proteção, e ainda aqueles que representam fatores de risco. Deste modo, os projetos terapêuticos que considerem o manejo dos fatores de proteção podem possibilitar as pessoas viver a vida fora das redes de institucionalização (Mângia, 2007).

Já para Campos (2007), a partir do prisma da saúde coletiva, a elaboração dos projetos terapêuticos refere-se a uma discussão "prospectiva" de caso em equipe, ou seja, com a intenção de lançar-se do presente em direção ao futuro, diferente da discussão "retrospectiva" médica; para ele, é uma prática simples, com potencial para facilitar o trânsito da clínica tradicional a *ampliada*, em que o objeto de trabalho considera principalmente que não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em pessoas.

No modelo de tratamento preconizado na Reforma Psiquiátrica, a partir da *clínica ampliada* os profissionais privilegiam o olhar sobre o sujeito, entendendo a doença mental:

como um elemento limitador da expressão da subjetividade e das potencialidades humanas e buscam instrumentos de intervenção que ampliem seus repertórios terapêuticos com a finalidade de abrir fendas neste limite, intervindo no processo saúde-doença do usuário (...). (Aranha e Silva, 1997, p.13).

Portanto, a clínica em saúde mental pressupõe a união dos olhares dos diversos atores que compõem a equipe do CAPS em prol da constituição de um projeto terapêutico que consiga abranger a complexidade das necessidades das pessoas, como um instrumento para melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia.

Aranha e Silva (2003) referindo-se aos achados de sua Dissertação de Mestrado, destaca que a construção compartilhada do projeto terapêutico influencia positivamente a capacidade do usuário gerir sua própria vida, e “desloca a população usuária- indivíduo e família- do lugar de submetido (ao projeto definido exclusivamente pelo agente de saúde) para o lugar de aliado na construção de soluções para seus problemas de saúde” (Aranha e Silva 2003, p. 01).

De acordo com Rosa (2005), para incluir as famílias nos projetos terapêuticos é necessário construir novas relações da família entre o serviço de saúde e os profissionais. Para fortalecer a condição dos cuidadores como sujeitos participantes dos projetos, dentre outras, a autora destaca a importância do deslocamento do papel do técnico como portador do saber para uma prática de diálogo e interlocução com os familiares.

Contudo, em sua tese de doutorado, Colvero (2002) enfatiza que os familiares dos usuários do serviço de atenção a saúde mental que participaram de sua pesquisa sinalizaram a falta de apoio ou insatisfação frente ao suporte oferecido. Assim, segundo a autora, ficamos frente aos limites do modelo vigente de atenção a saúde mental, que não alcança os objetivos de desinstitucionalização e promoção de meios e recursos para inserir os pacientes socialmente; na medida em que se transfere aos familiares atribuições importantes no cuidado desses usuários, é fundamental oferecer os recursos necessários para apoiar a família nesta tarefa.

Assim, para Vianna (2002, p. 194):

A partir do momento que as famílias se sentirem cuidadas e amparadas pelos serviços, terão condições de vislumbrar uma nova forma de atenção ao doente mental. Teorias que responsabilizam a família pelo adoecimento e o não-envolvimento da mesma nas discussões sobre a reforma psiquiátrica afastam os familiares de todo o processo.

Pensando que os projetos terapêuticos ocorrem nas diversas perspectivas do cuidado em saúde, é fundamental que o cuidado ao familiar do portador de transtorno mental não fique restrito exclusivamente ao serviço de saúde mental. Para fortalecer essas famílias, é necessário o envolvimento da comunidade como um todo, a partir de parcerias com as associações de bairro, Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros (Conejo, Colvero, 2005).

Portanto, é importante destacar que as possibilidades de intervenções muitas vezes podem estar além das tradicionais atividades oferecidas dentro dos serviços; desse modo, Amorim (2008) nos traz que, para a construção dos PTS, é necessário o intercâmbio entre as várias

especialidades que compõem os serviços de saúde e até mesmo os que fazem parte de outro contexto institucional. Para ela, a construção deste trabalho em equipe é um dos motivos de maior angústia entre trabalhadores nos CAPS.

Desse modo, para elaborar os PTS de maneira mais resolutiva é fundamental que o trabalho em equipe seja integrado entre si e outros equipamentos, o que se configura em um desafio para os trabalhadores que, em sua maioria, ainda tem uma formação tradicional onde se busca a partir da especificidade de cada um a cura da doença e a remissão dos sintomas.

Como vimos, a partir da ampliação da clínica, as ações dos trabalhadores se contrapõem a tradição da intervenção hospitalocêntrica, e o objeto de intervenção não é mais a doença e sim as necessidades das pessoas, colocando-as no lugar de sujeito ativo na construção das soluções de seus problemas.

Portanto, a partir dessa concepção, pretende-se que a ação dos profissionais da saúde supere a lógica de subsidiar o trabalho do médico, em que cada um, a partir de seu conhecimento específico, contribui para um trabalho em equipe “desenhando um *mosaico parcelado de interpretações* que excluem e submetem o usuário e seu saber sobre a doença” (Aranha e Silva, 1997, p. 37).

Nas discussões do Grupo de Pesquisas da Subjetividade em Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, diferentes profissionais falam de seus desafios no cotidiano de trabalho, com relação a produção de um cuidado mais ampliado, diverso do modelo clássico positivista. Muitos, em suas experiências distintas, trazem a dificuldade de lidar com trabalhadores que ainda estão aprisionados ao tecnicismo das

ações de cuidado (Machado e Colvero, 1999).

Frente as inúmeras transições contemporâneas (da saúde mental, da saúde coletiva, do SUS, das especialidades, entre outras...), os diversos profissionais na área da saúde ficam em um clima de incertezas, “porém uma determinação precisa é a urgência na criação do cuidado-libertador, ao abolir o ranço da adaptação, acomodação, apagamento das subjetividades, e inaugurar um cuidado que prioriza a liberdade de criação dos sujeitos” (Machado et al., 2009, p. 1032).

Pensando neste desafio da produção de um “cuidado-libertador” (Machado et al., 2009, p. 1032), avalio ser fundamental que o processo desse trabalho esteja baseado em elementos opostos da ação tradicional positivista; para tanto, valho-me das contribuições de Merhy (1997).

Conforme o autor, o trabalho em saúde é sempre todo relacional, ocorrendo pelo encontro entre sujeitos individuais e coletivos; logo, nesse processo produtivo as tecnologias envolvidas são por ele classificadas como:

- *Tecnologia leve-* relação, vínculos, acolhimento, comunicação terapêutica;
- *Tecnologia leve-dura-* tipo de conhecimento estruturado operante nos processos de trabalho em saúde como clínica psicanalítica, epidemiologia, relacionamento terapêutico;
- *Tecnologia dura-* equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (Merhy, 1997)

Para a proposta de mudança do modelo assistencial da saúde, Merhy presume a hegemonia do *trabalho vivo** sobre o *trabalho morto*** , ou seja, a preeminência do trabalho com base nas tecnologias leves (das relações, dos vínculos) e a produção do cuidado de forma integralizada, centrado nas necessidades dos usuários (Merhy, Franco, 2003).

Quando um profissional de saúde trabalha com um projeto terapêutico voltado ao núcleo de tecnologias centrado no *trabalho vivo*, ele:

(...) trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, que mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida. (Merhy e Franco, 2003, p. 06)

Para Merhy (1997), a transformação dos serviços de saúde só é possível desde que se permita que o *trabalho vivo*, que opera a partir das relações e do encontro de subjetividades, seja o fator determinante na organização e operacionalização dos serviços. Segundo o autor, o trabalho não deveria ser capturado pelo trabalho morto, dado pelos saberes tecnológicos estruturados expressos nos equipamentos, ou seja, quando o modelo assistencial se caracteriza como médico hegemônico,

* Trabalho vivo: o que está em ação no processo de trabalho em saúde; o que vai sendo construído em ato como fonte de reinvenção, operando permanentemente em processo e em relações (Merhy, 1997).

** Trabalho morto: seriam os produtos-meios, ferramentas de um trabalho anterior, já instituído e cristalizado no modo de trabalhar, determinado de acordo com certos saberes e interesses (Merhy, 1997).

produtor de procedimentos.

Muito embora o trabalho vivo em ato não possa se libertar totalmente do trabalho morto, é importante que as pessoas aprendam a interrogá-lo, duvidar de seus sentidos constituindo saídas do processo de trabalho instituído, pois é sempre possível encontrar aberturas para trabalho vivo em ato (Merhy, 1997).

Considerando então que o *trabalho vivo* caracterizado *pelas tecnologias leves* é permeado pelo encontro de subjetividades, penso que fazer um paralelo com alguns autores que contribuem para o conceito de *subjetividade* é importante nesse momento.

Vou utilizar-me da compreensão de subjetividade não apenas como a esfera íntima dos sujeitos, mas como um “campo de experiência, de afeto, de marcas, de sonho, de abertura, ela é feita de conexões e fugas, de criação de sentido, de agenciamento coletivo, de produção de si” (Pelbart, 2001, p. 02).

Segundo Guattari (1992), a subjetividade é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais. Trata-se de uma produção plural, não determinista. Os componentes de produção de subjetividade são múltiplos e envolvem desde os que se manifestam através da família, educação, meio ambiente, religião, arte, esporte, até os elementos fabricados pela mídia.

A maneira pela qual os indivíduos lidarão com a subjetividade pode ser constituída de formas distintas: a primeira refere-se a *processos de singularização*, ou seja, quando as pessoas se apropriam dos componentes da subjetividade numa relação de expressão e criação, e a segunda, em uma relação de alienação e opressão, em que a pessoa se submete a uma subjetividade dominante (Guattari, Rolnik, 2005).

Influenciado pela filosofia de Espinosa, Teixeira (2006) refere que o sucesso desses encontros de subjetividades depende da forma em que se dão nos serviços de saúde. Esse sucesso acontece sempre que os corpos em presença experimentarem *afetos aumentativos de alegria e potência*. Para o autor, esses afetos dão consistência ao vínculo, que, por sua vez, dão substrato a uma relação de confiança, fundamental para uma relação verdadeiramente terapêutica.

Entendendo que todo este trabalho ocorre no contexto dos serviços de saúde, neste momento, para proporcionar melhor compreensão ao leitor, é importante trazer algumas considerações sobre determinados conceitos da análise institucional que estarão perpassando o estudo.

Conforme Baremlitt (1992), nas instituições existem duas vertentes essenciais: a vertente do *instituinte* e a vertente do *instituído*. Conforme o autor, todas as forças que tendem a transformar e até fundar novas instituições chamam-se de *instituinte*. As *forças instituintes* aparecem como um processo em andamento, com uma característica mais dinâmica.

Já o *instituído* é o efeito da atividade instituinte, aparece como resultado, com uma qualidade mais estática; é o que seriam as leis, normas, pautas, fundamentais para a vida social (Baremlitt, 1992).

Contudo, o autor considera importante não entender o instituinte como "bom" e o instituído como "ruim", a partir de uma leitura do tipo maniqueísta, pois:

(...) o instituinte careceria completamente de sentido se não se plasmasse, se não se materializasse nos instituídos. Por outro lado, os instituídos não seriam úteis, não seriam funcionais se não estivessem permanentemente abertos à potência instituinte" (Baremlitt, 1992, p.33).

Por meio destas considerações, Baremlitt (1992) afirma que as grandes mudanças históricas ocorrem por força das pequenas mudanças, e os grandes poderes que vigoram na sociedade são formas resultantes das pequenas potências que se chocam e se conectam nos espaços microscópicos de uma sociedade.

Assim, o macro é o lugar da ordem, dos limites, da estabilidade e regularidade. O micro é o lugar da produção e da eclosão constante do novo (Baremlitt, 1992).

Esta diferenciação também é importante porque, em geral, o institucionalismo confia em analisar e propiciar as mudanças locais, as transformações microscópicas, as conexões circunstanciais, porque espera delas efeitos à distância que, ao generalizarem-se, resultam nas grandes metamorfoses, do instituído e do organizado, o detectável e consagrado (Baremlitt, 1992, p. 45-46).

Assim, nos espaços *micro* dos serviços é que as equipes se lançam ao desafio de produzir cuidados as pessoas com sofrimento psíquico, podendo apenas reproduzir o que é estabelecido a partir do *macro* ou mergulhando em novas produções cotidianas.

De acordo as novas perspectivas do cuidado em saúde em que se consideram as singularidades das pessoas, para Machado e Colvero, (1999) a prática profissional requer o diálogo intra e interdisciplinar e deve rever e analisar a essência das técnicas que compõem suas atividades.

Portanto, as equipes que compõem ações integradas e contextualizadas garantem a melhoria da atenção; só a justaposição de diferentes profissionais, muitas vezes com ações divergentes, não garante o avanço no cuidado em saúde mental (Milhomem e Oliveira, 2007).

Deste modo, Peduzzi (2001), contribuindo para a compreensão do trabalho em equipe, considera que existem dois tipos de equipe: a equipe como agrupamento de agentes (*equipe agrupamento*), e a equipe como integração de trabalhos (*equipe integração*).

Na *equipe agrupamento* o trabalho é caracterizado fundamentalmente pela fragmentação e justaposição das ações, com um distanciamento dos trabalhadores entre si, com o trabalho que realizam, e com os usuários (Peduzzi, 2007).

Já na *equipe integração* existe uma articulação das intervenções técnicas e o trabalho realizado pressupõe uma articulação com o projeto institucional. A partir da comunicação ocorre a interação dos trabalhadores, em que se busca o reconhecimento e entendimento mútuo (Peduzzi, 2007).

Ou seja, este tipo de trabalho em equipe consiste em uma construção coletiva, que se dá na relação entre as diversas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, e através da mediação simbólica da linguagem é que se dá a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (Peduzzi, 2001).

Em estudo realizado com trabalhadores do CAPS de São Carlos- SP aponta que, como o trabalho em equipe é um processo de construção assentado sobre as relações interpessoais, diante dos conflitos existentes é preciso criar mecanismos para superá-los e permitir o crescimento da equipe. Os entrevistados declararam como aspecto positivo desta nova organização do trabalho o vínculo criado com os usuários, a maior autonomia e a possibilidade de aprendizado e crescimento (Filizola, Milioni, Pavarini, 2008).

Contudo, o cotidiano de muitos profissionais que trabalham nos CAPS III apresenta uma realidade que deve ser considerada, visto que pode trazer fatores que dificultam a integração das ações entre a equipe e demais serviços da comunidade.

A construção dos projetos terapêuticos pode ser prejudicada diante de um número elevado na demanda, formação dos trabalhadores, falta de comunicação entre membros da equipe e entre os diferentes plantões, etc..

Desse modo, em algumas equipes podemos encontrar uma contradição entre o discurso e a prática da Reforma Psiquiátrica; é o que revela um estudo realizado em CAPS III no município de Santo André, na região metropolitana de São Paulo. De acordo com o trabalho, o desafio de implantação das mudanças pretendidas pela reforma não é apenas o de regulamentar os serviços extra-hospitalares, mas em *como os serviços se organizam*, ou seja, mesmo nos serviços substitutivos, temos que atentar se a operacionalização das ações ainda se apóia na prática psiquiátrica tradicional (Abuhab et al., 2005).

Assim, alguns questionamentos nos orientaram no decorrer do percurso desta pesquisa: será que a prática cotidiana da equipe está alinhada aos pressupostos da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial? será que essa equipe pode ser considerada como tendo uma integralidade das ações? como se dá a interação entre os diferentes profissionais? os profissionais que compõem esta equipe estão capturados pelas manifestações do trabalho morto?

E ainda, será que os trabalhadores da equipe estudada são 'agentes' de suas práticas, os quais produzem coletivamente um dispositivo transformador da realidade ou estão somente reproduzindo práticas

similares ao que já existe, detendo os devires, as metamorfoses, a interpenetração do criativo? (Baremlitt, 1992).

É importante salientar que esta pesquisa pretende contribuir para um cotidiano de cuidados ainda em amadurecimento no contexto das atuais transformações da atenção em saúde mental: *o trabalho em CAPS III*.

Este estudo tem a finalidade de compreender e analisar a partir do *instituído, do macro*, como estão sendo construídos os projetos terapêuticos por esta equipe de CAPS III, o que se configura no *instituinte, no espaço micro*. Assim, ***temos como objetivo analisar e descrever as potencialidades e dificuldades na construção dos projetos terapêuticos realizados pelos profissionais da equipe de CAPS III.***

3. Delineando a trajetória da pesquisa

*O pássaro é livre
Na prisão do ar.
O espírito é livre
Na prisão do corpo.
(Carlos Drummond de Andrade)*

3.1. TIPO DE PESQUISA: O COMEÇO DA EXPERIÊNCIA...

Na caminhada para alcançar o objetivo da pesquisa utilizei a abordagem qualitativa, pois deste modo, foi possível captar a experiência dos diferentes profissionais em sua dimensão subjetiva, não com a preocupação de quantificar, mas de elucidar os meandros das relações sociais apreendidas do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (Minayo, 2008).

Desta forma, para Minayo, (2008) a pesquisa qualitativa em saúde lida com um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a uma intensidade maior das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser abreviados a operacionalização de variável.

Optando então, por seguir os rumos do método cartográfico, estive em alerta para abrir-me as novidades, não me restringindo em apenas descrever formalmente o objeto da pesquisa como em um mapa, mas em traçar a rede de forças no qual está conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente (Barros, Kastrup, 2009).

Já que este método consiste no acompanhamento de processos, optei em implicar-me no mundo da realidade a ser estudada, ou seja, a habitar um território existencial que, neste caso, compreende-se como o território desta equipe de CAPS III, para, assim, apreender as dificuldades e potencialidades destes profissionais na construção dos projetos terapêuticos.

Para habitar um território existencial é preciso um processo de aprendizado, entendido mais como experiência de engajamento do que como etapas prescritíveis de uma metodologia de pesquisa. Experiência que só se dá a medida que se realiza, sem pré-condições.(...) não há outro caminho para o processo de habitação de um território senão aquele que se encontra encarnado nas situações. Mais do que um aprendizado de regras, o aprendizado da cartografia implica numa ambientação aos espaços de campo, onde realmente podemos treinar nossa paciência e atenção aos acontecimentos (Alvarez, Passos, 2009, p. 147).

Desta maneira, a fim de me engajar melhor com este espaço, após passar por todas as etapas para obter autorização para realizar a pesquisa- que serão apresentadas posteriormente-, solicitei permissão para entrar no campo da pesquisa a assistente social que, naquele momento, juntamente com uma enfermeira, substituíam a diretora do serviço, que estava de férias.

Assim, ela sugeriu-me ir ao CAPS no horário de uma das aulas do Programa de Educação Permanente que acontecia naquele momento e que, por coincidência, tinha como tema "Projeto Terapêutico Individual (PTI) para o acompanhamento na Clínica Ampliada".

Aceitando a sugestão, participei de parte da aula e pude apresentar-me e explicar a proposta da pesquisa aos membros da equipe que estavam presentes, que, em sua maioria, eram técnicos de enfermagem da equipe do dia. Para apresentar-me ao restante dos trabalhadores, voltei ao CAPS, em uma *Reunião de Passagem de Plantão* que acontecia diariamente ao meio dia.

Essa reunião conta com a participação de todos os profissionais do CAPS, que interrompem suas atividades para discutir os casos atendidos pelos profissionais que permaneciam no "plantão de porta", a saber: um técnico de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, etc.) e um técnico de enfermagem. Estes atendiam todas as intercorrências do serviço,

como também, o acolhimento dos casos novos que podem procurar o CAPS espontaneamente.

Todos esses procedimentos, descritos em um livro chamado “livro de passagem de plantão”, eram lidos e analisados no momento da reunião por toda a equipe. Além dos casos atendidos pelo plantão, neste livro eram registrados os eventos e condutas realizadas pela equipe de enfermagem. Outras pautas também eram discutidas: mudanças sobre os projetos terapêuticos de determinados pacientes, informe sobre casos que permaneciam em hospitalidade noturna, descrição de algumas visitas domiciliares, etc..

Assim, em meio a essas discussões, pude me apresentar a toda equipe. Aproveitei todas essas oportunidades para poder observar o espaço e sua rotina, com a perspectiva de obter maior conhecimento sobre a realidade a ser investigada. Desta maneira, utilizei a técnica da *observação participante*, ou ainda, segundo Minayo (2008), *observação descritiva*, já que se deu de forma livre, embora estivesse focada no que constituía o objeto deste estudo.

Fui recebida de forma bastante receptiva e curiosa, porque, por se tratar de um local no qual conheço as pessoas e estas sabem que eu trabalho no outro CAPS III, muitas perguntavam se eu iria começar a trabalhar ali.

Em um desses encontros, um usuário que me reconheceu de atendimentos anteriores feitos no CAPS CENTRO*, se dispôs a apresentar o serviço; naquele momento, ele estava em hospitalidade noturna e me mostrou o quarto onde ficam os leitos masculinos. O quarto é amplo, com um grande e antigo armário embutido; chamou-me a atenção uma porta

* Como veremos a seguir, em Diadema existem três CAPS III, sendo que a pesquisadora trabalha no CAPS III CENTRO.

que estava semi-aberta, que pareceu-me um banheiro, mas o usuário me informou que ali eram guardados os produtos de limpeza, "isso aqui devia estar fechado!" disse ele, e encostou a porta.

A partir desta aproximação, todas as impressões que começaram a emergir dos encontros informais com profissionais e usuários foram sendo relatadas em um *diário de campo*.

Procurei não basear esses relatos em análises objetivas, mas busquei captar e descrever tudo aquilo que se dava no plano das forças e afetos. Por isso, a escrita desse relato não foi apenas um momento burocrático de registro de dados os quais julguei importantes, mas demandou certo recolhimento, para assim poder falar de dentro da experiência, ou seja, *sobre* esta experiência (Barros, Kastrup, 2009).

3.2. CENÁRIO DO ESTUDO

3.2.1. A Cidade- síntese de sua história

Os profissionais que participaram desta pesquisa trabalham em CAPS III localizado em Diadema, município da Região Metropolitana de São Paulo, atualmente com cerca de 389.000 habitantes, constituídos em sua maioria, de migrantes nordestinos. O município apresenta a quarta maior densidade demográfica brasileira e cerca de 90% da população é SUS dependente. Com a pobreza, desemprego e elevada densidade demográfica, a questão da violência é um dos grandes desafios a serem enfrentados pelo poder público (Reis, 2007) (Diadema, [s.d.,a]).



Figura 1: Mapa da Região do Grande ABCD obtida no endereço eletrônico da Universidade Federal do ABC (2008)

No início de sua história, o processo de ocupação da cidade teve um fator predominante: sua localização geográfica entre o litoral - Vila de São Vicente - e o planalto - Vila de São Paulo de Piratininga. Graças a uma via de ligação entre São Bernardo e Santo Amaro, alguns moradores chegaram ao local ainda no século XVIII.

Até a década de 1940 a região era formada por quatro povoados pertencentes a São Bernardo. Em 1925, com a criação da Represa Billings, a região do Eldorado passou a despertar o interesse dos moradores da capital, que procuravam opções de lazer.

Mesmo tendo sua localização geográfica próxima a São Paulo, até a década de 1950 Diadema pouco sentiu os efeitos das transformações produzidas pela industrialização na Capital. Só a partir do final dessa década,

com abertura de estradas como a Via Anchieta, a industrialização, migrações e novos loteamentos, esses efeitos começaram a emergir e despertaram o interesse das lideranças políticas da região.

Dessa maneira, em 1948, com a Lei nº 233, criou-se o Distrito de Diadema, que teve sua emancipação aprovada dez anos depois. Em 1959 realizaram-se as primeiras eleições para os poderes Executivo e Legislativo do município e, no dia 10 de janeiro de 1960, com a posse do primeiro prefeito, vice-prefeito e vereadores, instalou-se oficialmente o município de Diadema.

3.2.2. A Saúde Mental no Município

Com referência a saúde mental, de acordo com Camerot (2007), esta história se inicia em 1988, quando a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo montou em Diadema um Ambulatório de Saúde Mental, acontecendo já no ano seguinte o processo de municipalização da assistência a saúde; assim o Ambulatório passou a ser responsabilidade do próprio município.

Desde então, procurando acompanhar as discussões na busca de serviços alternativos ao manicômio, em 1991 o Ambulatório mudou para um espaço físico maior, com readequação de equipe e projeto terapêutico (Camerot, 2007).

Em 1993 foi elaborado o Programa de Saúde Mental para o Município por um grupo de trabalhadores, gerentes de serviço e a secretaria municipal da saúde, com assessoria externa. A partir de então, o Ambulatório começou a atender pacientes em crise em hospital-dia, com diferentes programas de ação: programa de intervenção na crise, programa semi-intensivo e programa de reinserção social através de oficinas. Em 1996 passou a ser

denominado como “*CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Integral*”, quando em 2001 os programas foram desativados (Camerot, 2007).

De acordo com Reis (2007), até 2004 as questões referentes a saúde mental no município não haviam sido priorizadas e, quando assumiu a coordenação de Saúde Mental, recebeu uma clara encomenda do então Secretário de Saúde, Dr. Marcos Calvo: implantar a reforma psiquiátrica na cidade.

Neste período, a rede de saúde mental era composta por:

- Um Pronto Socorro, com alguns leitos de observação que deveriam ser leitos de curta permanência, no máximo de 24h a 72h, mas que acabavam funcionando como uma mini-enfermaria psiquiátrica com 16 leitos;
- Um CAPS Álcool e Drogas, não integrado à rede municipal de Saúde e com problemas e dificuldades internas;
- Uma mini-equipe de Saúde Mental na Atenção Básica, que fazia apenas psicoterapia, em sua maioria individual e com a lógica do consultório privado, com longas filas de espera e ou demanda reprimida;
- Um CAPS que não tinha sido cadastrado junto ao Ministério da Saúde e funcionava como um grande ambulatório, em moldes tradicionais, centrado na figura do médico, com alguns grupos de psicoterapia, e que não atendia a população com quadro de sofrimento psíquico mais grave, pois não atendia situações de crise aguda (Reis, 2007, p. 91-92)

Desta maneira, em 2005 houve uma proposta da Secretaria de Saúde de retomar o desenvolvimento de um Programa de Saúde Mental para a cidade. Iniciou-se pela reformulação do CAPSI para que este, de fato, pudesse funcionar de acordo com as premissas do Ministério da Saúde (Camerot, 2007).

A partir de agosto deste mesmo ano, houve um redimensionamento da população atendida, com uma nova proposta que permitiu ao serviço priorizar o atendimento de pacientes com transtornos mais graves, os quais

tinham menor autonomia e necessitavam de acompanhamento mais frequente (Camerot, 2007).

Algumas estratégias foram adotadas na transformação deste equipamento, como a instituição das reuniões diárias de *passagem de plantão*, com a participação de toda a equipe para discussão dos casos e situações do cotidiano, e a abertura da porta que há dez anos estava fechada (a entrada de casos novos se dava apenas quando alguém morresse ou abandonasse o tratamento) (Reis, 2007).

Desta forma, com a porta aberta, o acolhimento passou a ser realizado por um profissional médico e um técnico de nível superior em todos os períodos de funcionamento do CAPSI. A partir deste momento, todas as pessoas que procuram o serviço são recebidas pela equipe de plantão do dia (com encaminhamento de outro serviço ou não), avaliadas e dado o encaminhamento adequado, podendo este ser dentro do próprio serviço ou em outros serviços de referência (Camerot, 2007).

Algumas outras ações foram redefinidas no município:

- (...) 2. Direcionamento da demanda ambulatorial para os casos moderados, que erroneamente faziam do pronto-socorro sua porta de entrada para atendimento e/ou trocas de receitas. Foi implantado o ambulatório de Psiquiatria.
3. Reorganização do acolhimento do sofrimento psíquico (casos leves) pelos profissionais da Atenção Básica, com o suporte do matriciamento feito por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais.
4. Definição de critérios de risco e prioridades e atendimento psicoterápico na atenção básica.
5. Implantação do atendimento de Psiquiatria Infantil. (Diadema, Caderno de Saúde Mental, [s.d.,a])

Assim, em 2006 o CAPSI passa a ser CAPS- *Centro de Atenção Psicossocial*, com funcionamento de 12 horas, de segunda a sábado e, de acordo com o projeto terapêutico traçado com o paciente, o regime de

tratamento oferecido poderia variar de intensivo, semi-intensivo, e não intensivo da seguinte forma:

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar. (Brasil,2004, p. 16)

Houve também adequação de espaço físico e criação de leitos femininos e masculinos, na expectativa de que em breve o funcionamento seria de 24 horas (Camerot, 2007).

Neste período, o apoio da equipe técnica do pronto socorro municipal e da enfermaria psiquiátrica foi fundamental, pois, nas situações em que os profissionais avaliavam fragilidade no suporte familiar no momento da crise, os usuários passavam o dia no CAPS e a noite voltavam a enfermaria (Reis, 2007).

Em 2008, este serviço passa a ser CAPS III, com funcionamento 24 horas, abrigando quatro leitos masculinos e quatro femininos. Ainda sendo o único equipamento deste porte no município, *abrigava no mesmo local o equivalente a três CAPS- os CAPS CENTRO, SUL e LESTE, divididos de acordo com as regiões do município e tendo cada um, sua equipe respectiva.*

Considerando as treze macro-regiões que compõem a cidade (Diadema, [s.d.,b]), de acordo com o mapa a seguir, cada CAPS ficou responsável pelas seguintes regiões:

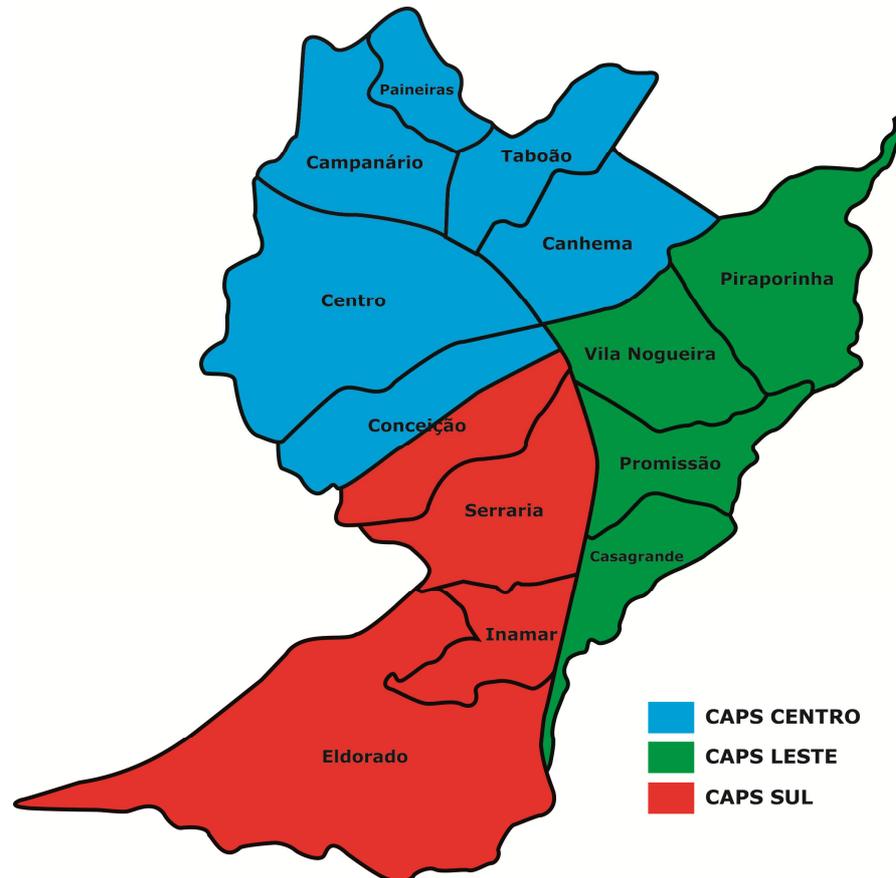


Figura 2: Mapa do Município de Diadema dividido de acordo com os Bairros que o compõem. Elaborado pela pesquisadora conforme abrangência de cada CAPS.

No decorrer do processo de reorganização outros imóveis foram alugados e os CAPS separados, acontecendo desta maneira a separação da equipe e contratação de outros trabalhadores, quando necessário. Assim, o número de leitos aumentou, ficando disponíveis, no total, vinte e quatro leitos para o município, oito em cada CAPS.

Na escolha do campo de estudo, optei por realizar a pesquisa no CAPS

LESTE já que este, em determinado momento, apresentou o diferencial de ter sido considerado o “CAPS ESCOLA” do município; com uma proposta de educação continuada, os novos profissionais contratados para qualquer um dos CAPS, passavam por um período de qualificação neste espaço considerado como “modelo” para os demais.

3.2.2.1. Apresentando o CAPS LESTE

Apresento aqui o CAPS Leste, a partir da minha entrada neste campo, que me fez imediatamente questionar onde pousar minha atenção, visto que, estava exposta a inúmeros elementos que pareciam convocá-la a todo momento. Foi um grande desafio estar aberta aos encontros sem dispersão do foco do estudo.

Para isso, seguindo os aportes da cartografia, o cultivo da atenção é a busca sucessiva de um “tônus atencional” que evita dois extremos: o relaxamento passivo e a rigidez controlada. Assim, compreende-se a *atenção* como um músculo que se exercita e sua abertura precisa sempre ser reativada (Kastrup, 2009).

Como um estrangeiro visitante de um território que não habita, coloquei de lado todas as informações e expectativas, tentando ajustar minha atenção de forma sensível para desvendar o que eu não conhecia, embora já estivesse ali, mas que ganha existência ao se atualizar (Kastrup, 2009) (Barros e Kastrup, 2009).

O CAPS Leste localiza-se em uma casa antiga alugada pela prefeitura, em uma rua sem saída, arquitetada para ser uma chácara (segundo relato de moradores do local). Construído em desnível, com estilo assobradado, o que seria o primeiro andar fica no mesmo plano da rua e o outro no “subsolo”.

Entrando no local, a direita há um espaço verde, com uma árvore frondosa e um banco de praça aconchegante embaixo dela; seguindo, chegamos a entrada da casa: a frente temos a recepção, a esquerda a copa dos funcionários e uma escada que leva ao nível "inferior" da casa.

A direita encontramos um corredor onde fica um banheiro para usuários e, logo após, a farmácia e um antigo elevador desativado; a esquerda há uma sala de atendimento na qual acontece a maioria das reuniões e capacitação; no final do corredor há uma pequena sala com armários para os pertences dos funcionários e outro para os prontuários. Ali existe a entrada de mais uma pequena sala de atendimento e um banheiro para os trabalhadores.

Voltando a entrada da casa e descendo a escada que leva ao nível inferior, chegamos ao posto de enfermagem. A esquerda do posto localiza-se mais um banheiro, destinado aos funcionários, e a direita, um amplo espaço onde são realizadas algumas oficinas, espaço de convivência e refeitório (são servidos café da manhã, almoço e lanche da tarde aos pacientes que passam o dia no serviço, e o jantar para aqueles que permanecem a noite).

No momento em que passei por este amplo espaço repleto de cadeiras, uma mesa grande, rádio e TV, acontecia um grupo terapêutico. Observei que uma das agentes administrativas participava e estava bastante envolvida na atividade com os usuários. Também estavam afixados na parede alguns desenhos feitos por pacientes e um cartaz com as datas e horários dos grupos terapêuticos, a saber:

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Ofic. De Culinária	Terapia Comunitária / Ativ. Física (Futebol Homens)	Ativ. Física (Homens e Mulheres)	Terapia Comunitária (Usuários) / Terapia Comunitária (Familiares)	
	Ativ. Física (Caminhada)	Grupo de Benefício	Ofic. de Culinária	Ofic. Escrita	Ofic. Horta
TARDE	Assembléia Geral	Grupo de Mulheres	Grupo de Psicoterapia	Ofic. Fuxico	Reunião Mini Equipe / Reunião Geral
	Ativ. Cultural (Passeio)	Grupo de Homens	Grupo de Família		Capacitação Equipe

Figura 3: Atividades realizadas no CAPS LESTE de acordo com Administrativo do Local.

Seguindo ao interior do local, chegamos a um corredor onde encontramos a direita respectivamente: o expurgo, um banheiro para usuários, a administração e a parte inferior do elevador desativado; a esquerda dois "leitos extras" diante da entrada do quarto onde se localizam os quatro leitos femininos oficiais. No final do corredor, após o elevador, encontra-se o quarto masculino, com mais quatro leitos.

No dia em que estava fazendo estas anotações, uma trabalhadora me ajudou com algumas dúvidas que tive sobre o CAPS; muito solícita e gentil, acompanhou-me em alguns locais enquanto eu os descrevia fisicamente. Ela me informou que os leitos extras estariam em processo de desativação. Já quando chegamos ao quarto masculino, novamente o local onde ficam os materiais de limpeza estava aberto e com pesar, ela contou sobre um acidente com um paciente que chegou a ingerir os produtos acondicionados naquele recinto.

Por ser um CAPS III, com funcionamento 24 horas, sete dias por semana, além de observar o funcionamento e rotina do local durante a semana, observei os plantões do final de semana e noturno. Aos finais de semana, só trabalhavam a equipe de enfermagem, sendo que durante o dia

seis técnicos de enfermagem e um enfermeiro, e o noturno composto por quatro técnicos de enfermagem, e dois enfermeiros (excepcionalmente naquele período, o médico realizava atendimentos aos sábados).

Aos finais de semana, esses profissionais não acolhem casos novos e recebem somente os casos mais graves, de pessoas que estão em crise, que foram avaliadas e encaminhadas pelo médico psiquiatra do pronto socorro da região.

Chegando neste sábado, final do plantão do dia (cerca de 18h00min), a recepção estava movimentada. Segundo me informaram, uma parte das pessoas eram pacientes que aguardavam atendimento médico, e parte eram familiares visitando os pacientes que estavam em hospitalidade noturna. Um dos técnicos de enfermagem com quem falei disse-me que era um trabalho "mais tranquilo", pois o número de pacientes aos finais de semana é menor, ficando essencialmente aqueles que estão em hospital-noite e alguns outros que o técnico de referência considerou necessário.

No entanto, minutos depois, chegou a informação que um dos pacientes que estava em hospitalidade noturna evadira-se. Era horário de troca de plantão da enfermagem diurna para o noturno (19h:00min), mas rapidamente a equipe da noite o localizou. O paciente estava em sua casa; foi providenciado o resgate, porém sua mãe não quis que ele retornasse. Desta maneira, após pedir ajuda ao médico que estava presente, o enfermeiro solicitou que ela fosse até ao CAPS para assinar um termo de responsabilidade, sendo orientada a retornar na segunda feira para conversar com a referência do caso.

A equipe da noite não participa das reuniões de passagem de plantão diurno e tampouco da reunião de equipe geral. As informações sobre os casos são transmitidas por meio do livro de passagem de plantão e

verbalmente na troca do plantão de enfermagem da equipe diurna para a noturna. Alguns membros da equipe tem mais informações quando, eventualmente, fazem hora extra de trabalho e participam das reuniões do dia, ou ainda, quando existem anotações em prontuário.

No momento desta pesquisa, faziam parte da equipe do CAPS III LESTE:

FUNÇÃO/CARGO	REGIME
02 Agente Administrativo I 40h	Diarista
04 Agente Administrativo II 40h	Diarista
01 Escriturário(a) 40h	Diarista
01 Recepcionista 40h	Diarista
04 Assistente de Enfermagem I 40h	Plantonista 12x36 (Dia)
02 Assistente de Enfermagem I 40h	Plantonista 12x36 (Noite)
07 Assistente de Enfermagem II 40h	Plantonista 12x36 (Dia)
06 Assistente de Enfermagem II 40h	Plantonista 12x36 (Noite)
01 Assistente de Enfermagem II 40h	Diarista
03 Assistente de Enfermagem II 36h	Plantonista 12x36 (Dia)
01 Assistente de Enfermagem II 36h	Diarista
02 Assistente Social 30h	Diarista
05 Auxiliar de Serviços Gerais 36h	Plantonista 12x36 (Dia)
01 Auxiliar de Serviços Gerais 36h	Plantonista 12x36 (Noite)
01 Copa 40h	Diarista
01 Educ. Físico / Nível Médio 40h	Diarista
04 Enfermeiro(a) 36h	Plantonista 12x36 (Noite)
01 Enfermeiro(a) 36h	Plantonista 12x36 (Dia)
01 Enfermeiro(a) Psiquiatra 36h	Diarista
01 Médico(a) Psiquiatra 40h	Diarista
02 Psicólogo(a) 40h	Diarista
01 Psicólogo(a) 30h	Diarista
01 Psicólogo(a) 40h - (Direção)	Diarista
02 Terapeuta Ocupacional 30h	Diarista

Tabela 1: Descrição do número de trabalhadores e Regime de Horas trabalhadas do CAPS III LESTE.

Essa equipe é dividida em duas mini-equipes, cuidando, cada uma, de determinadas regiões da região LESTE de Diadema; uma é responsável pelos bairros Casa- Grande, Ruice, Piraporinha e Nova Conquista e a outra, Promissão, Nogueira e Vila São José.

Além das reuniões de equipe geral, acontecem as reuniões das duas mini-equipes, nas quais são discutidas as ações e projetos terapêuticos dos pacientes que as compõem.

3.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Pensando em alcançar o objetivo do estudo, foram entrevistados trabalhadores de diferentes categorias profissionais que compõem a equipe do **CAPS III - LESTE ("CAPS ESCOLA")** em Diadema que se voluntariaram a participar da pesquisa. Desta maneira, buscando uma "amostragem qualitativa ideal" (Minayo, 2008), ou seja, que reflita a totalidade das múltiplas dimensões do objeto deste estudo incluímos na pesquisa tanto a equipe diurna quanto a noturna.

Desta maneira, após os dias de observação relatados anteriormente, fui novamente a reunião de equipe geral do CAPS para identificar os trabalhadores que se dispunham a participar da pesquisa. A reunião se alongou na discussão de alguns casos, então combinamos que eu voltaria na próxima reunião de passagem de plantão, pois os mesmos profissionais estariam presentes.

Assim, retornei e sete trabalhadores se dispuseram a colaborar com o estudo, sendo dois psicólogos, dois técnicos de enfermagem, um terapeuta ocupacional, um assistente social e um agente administrativo. Já no plantão noturno, participaram quatro profissionais, dentre eles dois técnicos de

enfermagem e dois enfermeiros.

3.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Vale ressaltar que, para chegarmos a esse processo passamos pela aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP (Anexo II) como também pela Coordenação de Saúde Mental do Município (Anexo III *a* e III *b*) e pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde da Prefeitura de Diadema (Anexo IV).

Junto com os profissionais que se dispuseram a participar, marcamos data e horário das entrevistas, que foram realizadas no local do estudo.

Após entenderem e concordarem com a pesquisa, os participantes assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo V) FEITO EM DUAS VIAS, ficando uma com a pesquisadora, e a outra com o participante. Este procedimento garantiu a gravação, análise e divulgação dos dados em publicações científicas. Aos participantes foram garantidos: esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, a liberdade para desistência a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo, o sigilo e anonimato.

Importante elucidar que a pesquisadora não apresenta nenhum vínculo com estes profissionais do ponto de vista hierárquico e funcional, por ser trabalhadora de outra unidade de saúde mental do município (CAPS III - CENTRO).

3.5. COLETA DOS DADOS

Acredito ser importante ratificar que a luz do método cartográfico, a produção dos dados se inicia a partir do momento em que o pesquisador chega a campo; contudo, além da observação participante, como citado anteriormente, os dados foram coletados também através da técnica do "Grupo Focal".

Esta técnica pressupõe que, a partir da interação do grupo, serão produzidos "insights" que mais dificilmente aconteceriam fora dele (Kind, 2004). Esta técnica de pesquisa utiliza sessões de grupos de discussão a fim de debater um tema específico entre os participantes facilitando a troca, descobertas e a formação de novas idéias (Ressel et al., 2008).

Para serem bem sucedidos, os grupos foram planejados, pois pretendia obter as informações referentes ao objetivo do estudo, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso ou explicitar divergências (Minayo, 2008).

Assim, para condução da discussão no grupo, elaborei um roteiro a partir das etapas sugeridas por Debus (1988) apud Kind (2004, p. 131-132) (vide Anexo VI).

No transcorrer da etapa do debate propriamente dito, optei pela discussão de caso a partir de um roteiro previamente elaborado para a condução do debate conforme Anexo VII.

Para preparar o roteiro, a luz dos subsídios teóricos de Minayo (2004), busquei um percurso que apresentasse alguns tópicos para guiar a conversa em direção ao objeto da pesquisa, desta maneira, segui as seguintes condições na elaboração de cada questão: (a) cada questão deveria delinear o objeto buscando lhe dar forma e conteúdo; (b) questões que permitissem

ampliar a comunicação e não cerceá-la; (c) e que cooperasse para emergir a visão, o juízo e todas as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto deste estudo.

Nesse roteiro, os tópicos funcionaram mais como lembretes, servindo de guia e orientação para o andamento da interlocução, permitindo a flexibilidade das conversas para poder absorver novos temas e questões trazidas pelos interlocutores relevantes ao estudo (Minayo, 2008).

No processo da operacionalização do grupo focal, contei com outro ator importante: o "observador". Este esteve presente para analisar a rede de interações durante o processo grupal, como também apontar as reações do moderador (a pesquisadora) com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações (Kind, 2004). Sempre antes e após os grupos, havia uma conversa longa com discussão e anotação dos principais tópicos.

Desta forma, a partir do roteiro previamente construído, a idéia inicial era a realização de dois encontros com os profissionais da equipe do dia e outros dois com a equipe do turno da noite. O primeiro seria fundamentalmente para apresentação dos profissionais e escolha de um caso, e no segundo, dar-se-ia a discussão propriamente dita; no entanto, com a equipe diurna aconteceram três grupos, pois estes optaram por discutir mais um caso.

Assim sendo, a operacionalização destes grupos será destacada no item a seguir.

3.6. OPERACIONALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Os grupos focais aconteceram no próprio CAPS III, na sala onde ocorriam as reuniões de equipe, passagem de plantão e as aulas de capacitação, pois todos avaliaram que seria o melhor local para a realização dos encontros.

A sala era ampla, com várias cadeiras, uma mesa, um antigo armário embutido, uma pequena pia, e uma maca. No lugar da janela, havia uma grande porta dupla, a qual ao abrir, dá acesso a uma varanda externa da casa.

Vale ressaltar que todos os participantes foram extremamente disponíveis, comprometidos com o estudo desde o início, acolhendo a pesquisadora e o observador de maneira bastante amistosa. As pessoas que não puderam participar, esclareceram devidamente seus motivos.

As reuniões tiveram duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, e os horários foram escolhidos de forma a não interferir na rotina e atendimentos dos profissionais. Junto com a observadora, chegávamos antes ao local para arrumar a sala da forma mais adequada ao estudo. As cadeiras eram dispostas de maneira circular para favorecer a escuta, a visualização e manipulação dos gravadores. Utilizamos dois gravadores que ficaram mais a frente dos participantes de modo a captar melhor as falas e facilitar o entendimento posterior para transcrevê-las.

Durante a realização das reuniões foi oferecido um lanche para proporcionar um clima mais acolhedor e agradável, a fim de que os participantes ficassem mais a vontade, facilitando a conversa e a troca de idéias.

Na primeira reunião, participaram seis profissionais da equipe diurna, registrando-se uma ausência, devidamente justificada com antecedência; já os quatro profissionais da equipe noturna que se dispuseram a participar do estudo estiveram presentes em todos os encontros.

Seguindo o roteiro previamente planejado como descrito anteriormente, tanto no grupo da equipe diurna quanto noturna, a primeira reunião iniciou-se com o esclarecimento sobre o tema e o objetivo da pesquisa, que já haviam sido explicados quando fui apresentar-me a equipe, mas, considerando o decurso de certo lapso de tempo, optei por reiterar os esclarecimentos.

Após isso, fizemos a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, como também solicitei que preenchessem uma ficha de caracterização dos entrevistados conforme Anexo VIII, e só a partir daí iniciamos a gravação dos encontros.

Feito isso, propus uma dinâmica de apresentação dos participantes como sendo um momento de “aquecimento”, para quebrar o gelo. Cada um me apresentava o profissional que estava a sua esquerda, dizendo o nome, função no CAPS, tempo de trabalho no serviço, e por fim fazia uma mímica do que achava que esta pessoa mais gostava de fazer. Foi um momento descontraído, que facilitou a entrada na próxima atividade planejada.

Desta maneira, entreguei um pequeno papel para cada participante e solicitei que refletissem e escrevessem o nome de um usuário do serviço que, de alguma forma, os tivessem mobilizado. Diante de algumas dúvidas dos participantes, sugeri algumas “pistas” para ajudá-los a pensar no caso: caso que fosse “emblemático” para CAPS III, que tivesse mobilizado a equipe. Depois, pedi para que colocassem o papel dobrado com o nome escolhido em um “saquinho”.

É essencial ressaltar que, nesse momento, o observador teve grande importância, pois ajudou na operacionalização destes procedimentos, distribuindo os papéis, recolhendo-os, distribuindo canetas, estando atento aos gravadores e, além disso, a dinâmica do grupo.

Após recolher os papéis, como em um sorteio, lia-os um a um; assim, a pessoa que havia escrito se manifestava dizendo o motivo da escolha, o qual era anotado ao lado do nome do paciente em uma cartolina que afixamos na parede.

Depois, pedi aos participantes que escolhessem *um* dos casos mencionados o qual seria discutido no próximo encontro.

Na primeira reunião realizada com a equipe do dia, os nomes de três pacientes foram citados, havendo, entretanto, grande dificuldade dos participantes para escolher apenas um, ocorrendo um "empate" entre dois deles. Tentamos encontrar um critério para desempate, mas sem sucesso. Um dos casos foi descrito como muito difícil, lembrado pela mobilização e desgaste da equipe; já o outro foi visto como um caso que também envolveu toda a equipe, sendo considerado, no entanto, como bem sucedido. Deste modo, sugeri que, se quisessem, estaria disponível para realizar mais uma reunião, pois dessa maneira poderíamos discutir os dois casos. A sugestão foi acolhida pelos participantes.

Os profissionais escolheram o primeiro caso a ser discutido no encontro seguinte, considerando que sua referência, um dos participantes do grupo, estaria de férias em breve, e não poderia participar da terceira reunião. O grupo avaliou a importância de sua participação, visto que poderia trazer maiores informações sobre o caso.

No segundo encontro com a equipe diurna, a pessoa ausente na primeira reunião estava presente, conferindo o total de sete profissionais. Só

iniciamos a discussão, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela participante.

Também fizemos uma retrospectiva do grupo anterior, levando a cartolina com a escolha do caso que seria discutido. Após discussão do caso, combinamos o dia e horário do terceiro e último encontro, sendo que neste, ocorreu um evento bastante interessante. Já na etapa de encerramento do grupo, por coincidência, o usuário indicado para discussão estava no serviço e um dos participantes quis trazê-lo para apresentar-me. Chegando a sala, foi lhe perguntado se ele se lembrava de mim, ele respondeu que sim e que me via quando ia pegar remédio. Uma das participantes esclareceu que estávamos falando sobre sua história, por considera-la muito rica e outra participante parabenizou-o por seu progresso. Falando muito baixo, ele agradeceu e aproveitou a ocasião para tomar refrigerante e comer alguns salgados que estavam sendo servidos que disseram que ele adora!

Avalio que esta foi uma oportunidade de integração com o paciente, configurando-se em uma ação de cuidado e interesse, pois neste momento os profissionais puderam validar sua história de vida e a sua melhora.

(...) o cuidado deve ser entendido como uma forma de estar e se relacionar com o mundo e com o outro; nesse processo aquele que cuida e aquele que é cuidado vivenciam experiências que proporcionam o crescimento e fortalecimento individual dando significados às suas existências. (Conejo, Colvero, 2005, p.208)

Já com a equipe noturna, no primeiro grupo focal também foram citados os nomes de três usuários, sendo escolhido com facilidade, um deles para a discussão na segunda reunião. Os participantes revelaram estar muito angustiados com a situação desse usuário, pretendendo buscar mais dados sobre ele, pois avaliavam que as informações contidas no prontuário eram insuficientes para o aprofundamento da discussão. Um deles, que fazia hora

extra naquele período, participando, portanto das passagens de plantão do dia, avaliou ter mais informações, dispondo-se a colher mais dados com a equipe do dia e diretamente com a referência do caso.

No segundo encontro com a equipe noturna, do mesmo modo, eu e a observadora chegamos cerca de trinta minutos antes ao local a fim de arrumar a sala para a realização do grupo.

Iniciamos com uma breve retrospectiva do grupo anterior, colocando novamente a cartolina afixada na parede, com os nomes de usuários sugeridos, a fim de lembrá-los da nossa última conversa.

De posse do que haviam colhido sobre o caso, iniciamos a discussão, da qual faremos sua análise no capítulo seguinte.

4. Análise dos Resultados: Construindo um processo de aprendizado com os trabalhadores

*Renova-te.
Renasce em ti mesmo.
Multiplica os teus olhos, para verem mais.
Multiplica-se os teus braços para semeares tudo.
Destrói os olhos que tiverem visto.
Cria outros, para as visões novas.
Destrói os braços que tiverem semeado,
Para se esquecerem de colher.
Sê sempre o mesmo.
Sempre outro. Mas sempre alto.
Sempre longe. E dentro de tudo.*

(Cecília Meireles)

Diante das narrativas dos trabalhadores que foram ouvidos nos grupos focais, análise foi realizada a partir da densa leitura e releitura dos conteúdos transcritos das reuniões, o que se configurou em um momento extremamente valioso, pois trouxe a tona *insights*, indagações e reflexões em um processo de aprendizado da própria pesquisadora.

Seguindo os aportes de Deleuze (1994), nesta análise procurei traçar os caminhos e movimentos deste território subjetivo. Para isso, a partir do meu engajamento neste espaço da pesquisa, busquei junto com os trabalhadores produzir conhecimento *com e a partir da experiência* de ouvi-los nos grupos focais.

Ressalto que, ao utilizar-me dessa técnica de coleta de dados, baseada na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outras pessoas, busquei na análise dos depoimentos compreender as dificuldades e potencialidades na construção dos projetos terapêuticos realizados por esta equipe, fazendo uma composição com os autores citados no transcrito da pesquisa, como também recorrendo a outros para acompanhar esse trajeto (Iervolino e Pelicioni, 2001).

Nesse processo das inúmeras releituras de todo o material transcrito avaliei que favoreceria alcançar o objetivo da pesquisa realizar a análise a partir do *mapeamento de dois casos*, um discutido pela equipe diurna, e o

outro da noturna.

No exercício do método cartográfico, mapear estes casos significa explorar todos os elementos que constituem os acontecimentos, dando-lhes visibilidade e sentido, buscando não apenas apreender ou imobilizar esses movimentos, mas refletir em como acontecem e seus efeitos pelo caminho (Deleuze, 1992).

Para melhor entendimento do fluxo dos casos discutidos, também vou me utilizar do *Fluxograma Analisador* que foi realizado pela pesquisadora de acordo com os dados obtidos nos grupos focais.

Com o Fluxograma, pretendo revelar, a partir da composição da trajetória do usuário no serviço, um desenho que caracteriza as relações estabelecidas entre os profissionais e os pacientes, como também os nós críticos que não estão claros nesse processo de trabalho (Franco, 2003).

Com relação aos símbolos utilizados no fluxograma, a elipse significa a entrada ou saída do processo de produção; o losango indica os momentos de decisão no processo de trabalho e o retângulo, as intervenções e ações realizadas pelos trabalhadores (Franco, 2003).

Agora, dou início a análise e discussão do conteúdo dos grupos focais. Lembro o leitor, ainda, que no percurso desta viagem experimental, aventureira, e singular, estive envolvida com as surpresas, diferenças e inventividade desta produção coletiva de conhecimento (Baremblytt, 1998).

4.1. OS DESAFIOS E POTENCIALIDADES NOS PROCESSOS DE CONSTITUIÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS

*A percepção do desconhecido
é a mais fascinantes das experiências.
O homem que não tem os olhos abertos
para o misterioso
passará a vida sem ver nada.
(Albert Einstein)*

Importante salientar que para garantir sigilo aos participantes e aos usuários citados na pesquisa, foram utilizados nomes fictícios. Quando houver a transcrição das falas, estas serão apresentadas exatamente da maneira que os participantes falaram, incluindo erros de português e vícios de linguagem.

De modo geral, do número total dos participantes do estudo, 50% não possuía nenhuma experiência anterior de trabalho em CAPS III; no entanto, na análise dos depoimentos, identificamos que todos os trabalhadores estão ativamente comprometidos em melhorar as condições de saúde dos usuários, tentando oferecer-lhes as melhores alternativas possíveis as suas necessidades.

Contudo, nesse cotidiano de cuidados a pacientes graves, muitas vezes os profissionais enfrentam alguns desafios para efetivar e construir os projetos terapêuticos.

Para melhor analisar esses aspectos, compondo o conjunto de eventos que invadem e transformam o processo de construção dos projetos terapêuticos, farei agora o mapeamento dos dois casos discutidos: o primeiro discutido com a equipe diurna e o outro, com a equipe noturna.

4.1.1. Mapeando a passagem de Raquel...

*Minha vida é andar
Por este país
Prá ver se um dia
Descanso feliz
Guardando as recordações
Das terras onde passei
Andando pelos sertões
E dos amigos que lá deixei.(...)
(Luiz Gonzaga)*

Os trabalhadores da equipe diurna escolheram este caso por avaliar que merecia destaque pela sua complexidade e dificuldade. Raquel era uma pessoa que causava reações ambivalentes nos profissionais, como raiva e compaixão, o que segundo eles, acabou desgastando a todos.

“Ela mobilizou toda a equipe.” (Rute, João)

“Ela foi um teste de paciência.” (Maria)

“Ela queria tudo, era muito solicitante” (Ana)

Essa usuária chegou ao CAPS encaminhada pelo Pronto Socorro quando estava em crise. Em um primeiro momento, como não havia leito disponível no CAPS LESTE, a paciente foi encaminhada a outro CAPS; assim, permanecia durante o dia no CAPS LESTE, indo para o CAPS SUL para pernoite.

Dessa maneira, foi primeiramente acolhida pela enfermeira de plantão desse outro serviço; contudo, salientamos que o acolhimento não deve ser o mesmo que uma “triagem”, com a intenção de selecionar qual paciente será atendido no CAPS, e sim uma escuta das necessidades do sujeito em um processo de reconhecimento e responsabilização, de tolerância a diferença e de inclusão social (Bueno, Merhy, 1997).

Desta forma, segundo os trabalhadores, essa primeira acolhida a paciente foi importante porque, diante da ausência de referência familiar na cidade, o assistente social e outros membros da equipe do CAPS SUL já haviam tentado o contato com alguns conhecidos de Raquel e passaram informações importantes para a continuidade do tratamento no CAPS LESTE.

Raquel não tinha referência familiar em Diadema, apenas um histórico confuso de que talvez já tivesse passado pelo município. Morava em uma cidade do Nordeste, e teria voltado para São Paulo especialmente para reencontrar as filhas, que moravam na região Sul do Brasil, e o ex-marido, para realizar um pedido de pensão alimentícia.

De modo geral, os participantes mencionaram que a abordagem com a paciente era complicada porque Raquel era extremamente poliqueixosa e não atendia aos limites impostos, o que dificultava o estabelecimento qualquer tipo de contrato terapêutico. Por esses motivos, mencionaram a dificuldade de estabelecer um vínculo com a paciente.

“a gente não conseguiu gostar, se vincular a ela, não tinha como. Porque quando a gente fazia um laço de carinho, ela vinha e podava” (Maria)

Para Cecílio (2006), os vínculos criados com os usuários estão para além da inserção em um serviço ou inclusão formal em um programa de tratamento, e o compreende como mais uma das necessidades de saúde das pessoas; para o autor o vínculo significa uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa.

Porém, mesmo diante da dificuldade para se constituir um vínculo com essa paciente o técnico de referência, sendo a pessoa responsável por realizar seu projeto terapêutico, e que faz o contato com a família e as

avaliações periódicas dos objetivos traçados (Brasil, 2004), tentou diversas aproximações.

Nesse caso, inicialmente, a principal ação do técnico de referência foi buscar a localização de possíveis conhecidos e familiares, seguindo as pistas dadas pela própria paciente e os primeiros dados colhidos pela equipe do CAPS SUL. Foi um momento difícil porque, segundo ele, quando conseguia contatar essas pessoas e perguntava a elas sobre a usuária, era mal recebido e muitas vezes desligavam o telefone abruptamente.

Após um mês de acompanhamento, já em período integral no CAPS LESTE, com a melhora sintomática de Raquel houve a primeira tentativa de alta, no entanto, frustrada.

A paciente não retornou as atividades no CAPS conforme combinado com sua referência e, além disso, colocava-se em risco, brigando, cobrando dinheiro das pessoas na rua e deixando muitos desconhecidos entrarem em sua casa. Após agredir a dona do imóvel que ocupava, Raquel foi despejada e, sem ter para onde ir, voltou novamente para hospitalidade noturna no CAPS.

Um dos trabalhadores nos contou que, em determinado momento, sentiu-se um tanto cansado e sobrecarregado, e confessou que, depois desta paciente ficar cerca de oito meses afirmando que ele não fazia nada por ela, mesmo em sendo sua referência, ele mudou o jeito de receber as pessoas. Agora, se apresenta aos seus pacientes como "referência", porém, *ênfatiza que faz parte de uma equipe*, e que todos os demais profissionais podem ajudar quando necessário.

Este depoimento me fez refletir se, naquele momento, a equipe tinha efetivamente uma ação articulada entre as diferentes intervenções técnicas, configurando-se em uma *equipe integração* (Peduzzi, 2001), uma vez que, se

realmente tivesse, esse trabalhador teria que lembrar aos pacientes que faz parte de uma equipe? O usuário não se sentiria naturalmente acolhido por um grupo de trabalhadores? Será que esse técnico se sentiria tão sobrecarregado?

Logo veio a resposta. Outra participante conta que, em determinada ocasião, sentiu que houve até certa pressão dos profissionais sobre o médico e sua referência para que dessem uma solução ao caso, e somente após perceberem que estava muito pesado para a referência cuidar sozinho desta paciente, é que começaram a ser realizadas as ações mais compartilhadas entre a equipe.

“Acho que por conta da gravidade do caso né, é um dos casos que só a referência não dá conta né, tem casos que assim, só a referência dá né, muito bem obrigado, agora já outros como foi o caso da Raquel, né, era surreal uma única pessoa dar conta de toda aquela demanda que ela trazia... foi a partir desse momento que começou a mobilizar né, a partir do momento que o Pedro percebeu né, e a gente não percebeu....estava muito pesado e a gente começou né, mobilizou a equipe a dividir...”
(Rute)

A partir desse momento, então, a equipe pensou em um projeto terapêutico mais personalizado.

“Nessa hora que aí foi a mesma coisa de um projeto mesmo, até tentando construir com ela mesmo, né, então, vamos tentar. E aí cada coisa que ela pedia o tempo inteiro a gente jogava pra ela de volta, aí ela ficava na dúvida, aí mobilizava ela de uma maneira, dessa dificuldade mesmo dela de fazer as coisas, do vínculo, e dos limites, então, ela não sabia se ela queria ou não procurar uma casa, aí a gente foi fazer um trabalho com os estagiários que estavam aí na época também, estavam

saindo com ela pra procurar casa e tudo mais...”(Pedro)

“porque a gente começou a ver, as necessidades dela que tinham que ser diferentes, de uma forma diferenciada, não podia ser como é normalmente, tinha que ser uma coisa pra ver se ela, a gente já não tinha mais por onde ir...Era aquilo, ou dava ou não dava”(Maria)

Até aqui, os cuidados com a paciente estavam mais centrados na figura da referência médica e técnica; no entanto, para Merhy (2007), o trabalho no campo da saúde mental é muito complexo, múltiplo, interdisciplinar e interprofissional, transdisciplinar e intersetorial, por isso a necessidade dos trabalhadores estarem em alerta as suas dificuldades, para discuti-las com toda a equipe.

Como já descrito nos capítulos anteriores desta pesquisa, conforme as proposições do SUS e as orientações para o funcionamento de CAPS (Brasil, 2004), cada pessoa, ao *iniciar* seu acompanhamento nesses serviços, deve ter um projeto terapêutico que considere suas particularidades e necessidades, *em diálogo com toda equipe*.

O projeto terapêutico, sendo um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, precisa ser resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e dessa maneira, deve buscar possibilidades de transformação capazes de redimensionar a situação de vida dessas pessoas (Brasil, 2007) (Mângia, 2002).

Nesse sentido, avalio que todos os profissionais estavam dispostos e empenhados em fazer; contudo, questiono se nesse processo de trabalho, apesar de existirem diversas reuniões (passagem de plantão, reunião da equipe geral e mini equipe), além da discussão sobre as intercorrências

cotidianas, se organizavam espaços mais sistemáticos de trocas, de criação, de conversas mais aprofundadas entre *todos os componentes da equipe sobre os projetos terapêuticos dos usuários*. Estas conversas sobre os projetos podem seguir os passos sugeridos pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2007), que divide o processo em quatro etapas:

- 1) elaboração do diagnóstico e da vulnerabilidade do usuário;
- 2) a definição de metas;
- 3) divisão das responsabilidades entre a equipe;
- 4) reavaliações periódicas e mudanças de estratégias nos pontos considerados ineficazes.

Esses momentos de discussão e elaboração dos projetos terapêuticos podem proporcionar maior integração nas ações dos profissionais, garantindo que sejam efetivamente realizadas, como também diminuindo a sobrecarga dos trabalhadores.

Apesar da gravidade do caso e das dificuldades relatadas, em consonância aos pressupostos da reabilitação psicossocial, os profissionais elaboraram estratégias de forma a aumentar as possibilidades de troca de recursos e afetos da paciente, tentando abrir espaços de negociação nas intervenções cotidianas com Raquel, ao mesmo tempo em que tentavam atribuir-lhe algumas responsabilidades e limites (Saraceno, 2001).

Segundo Merhy (2007), no desencadeamento dos projetos terapêuticos, o que interessa, em última instância, é a oportunidade de operar novos sentidos para ressignificar as crises, aumentando as oportunidades da pessoa para produzir contratualização e responsabilização nas relações com os outros.

Dessa forma, dentre outras realizações, os profissionais conseguiram encontrar o ex-marido, que se encontrava em situação financeira bastante precária, e suas filhas, que foram visitá-la no CAPS, em um reencontro bastante emocionante.

Nessa ocasião, as filhas aventaram a possibilidade de retorno da paciente ao Nordeste; a percepção da equipe foi a expectativa de que sua mãe voltasse logo a sua cidade, pois, sensibilizadas com a condição difícil do pai, queriam evitar que Raquel acionasse a justiça com o pedido de pensão alimentícia.

Conforme os depoimentos, este foi um momento bastante delicado, pois ao mesmo tempo em que a equipe avaliava ser melhor para a paciente retornar para sua família no Nordeste, tinham dúvidas diante da ambiguidade e incerteza da usuária em relação ao seu retorno. Além disso, sentiam-se um tanto desconfortáveis por essa possibilidade estar relacionada ao sentimento de que a equipe poderia estar “despachando a paciente”.

“Porque ela falava ‘eu sei que vocês querem que eu vá embora’, né. Mas a gente falava ‘mas Raquel você tem seus filhos que moram com a sua mãe, que sua mãe já esta velhinha e que você precisa estar lá, você não recebe pensão, precisa ajudar eles... Ela ainda falava assim: é... ela dava razão, então, ela nunca sabia o que queria realmente na verdade, ela queria, mas ela não tinha certeza se realmente era aquilo.”
(João)

“eu fiquei muito na dúvida porque assim, por a gente estar fazendo outras coisas, o advogado, etc e tal, (...) e aí ela tinha esse negócio: um dia quero ir, um dia não quero ir, (...)foi a única oportunidade que a gente teve de ter um contato com a família né, (...), o apoio que a gente tinha da família é agora que a gente pode pagar essa passagem pra você ir, mandar, etc e tal, né, mas assim, então a decisão foi

tomada de um, né, foi uma coisa que foi feita assim de repente e teve que ser tomada mesmo (...) enfim, a gente não sabia o que ela queria, não dá pra dizer exatamente que ela tomou a decisão de cara sabe ... (...)se ela queria ficar aqui mesmo ou não.. Foi uma coisa que foi muito de repente, teve a oportunidade e aí foi decidido assim, então é, vai ter que aproveitar essa oportunidade porque do jeito que está aqui não dá, era ruim para equipe, era ruim para ela.”(Pedro)

Desse modo, os profissionais relataram sentir falta de uma supervisão, avaliando que seria um recurso extremamente importante para ajudar a trabalhar os sentimentos dúbios que ficam na equipe no cuidado a esses pacientes graves. Além disso, penso que nas supervisões, com a possibilidade de ressignificar suas ações e o processo de trabalho, é possível se constituir um momento em que os trabalhadores se deparem com as fissuras, as linhas de fuga do trabalho instituído para encontrar caminhos que levem ao trabalho vivo em ato.

Segundo Merhy (2007, p.59):

Partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também, não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e, com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir ‘escutas’ do nosso fazer cotidiano para captar esses ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, tendo pela frente a permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico (...).

Mesmo diante das incertezas e angústias, com todo auxílio da equipe a paciente retornou a sua cidade de origem. Foi um processo em que os trabalhadores superaram a rigidez das especificidades dos *núcleos* profissionais e acompanharam desde a compra da passagem de avião, a sua ida ao aeroporto, até o contato com o CAPS da região de origem para que ela pudesse prosseguir seu tratamento.

Para Campos (2000) a diferença entre *núcleo* e *campo* está que no núcleo existe uma aglutinação de conhecimentos que compõem uma dada identidade profissional, como por exemplo, da psicologia, da medicina, da enfermagem, etc. Já o *campo da saúde mental* é concebido por um espaço de limites imprecisos, onde as diversas profissões buscariam em outras o apoio para desempenhar suas tarefas. Assim, os trabalhadores puderam ampliar as fronteiras profissionais e, naquele momento, procuraram responder ao essencial: ao que consideraram que possibilitaria melhor bem-estar a Raquel.

Assim sendo, no decorrer da discussão os profissionais concluíram que, ao contrário do que pensavam, a paciente obteve, *sim*, avanços com o apoio dos trabalhadores e poderia alcançar seus objetivos em São Paulo; contudo, mencionaram que não viam dessa forma porque estavam mais atentos a questão *sintomática*, a qual avaliavam não ter tido muito progresso.

"Mas acho que essa angústia da equipe, eu vejo assim, que é passa talvez pela questão da impotência porque assim, o que mais que a gente queria fazer, qual o desejo que a gente queria? Às vezes a gente não consegue ver os avanços que ela teve porque a gente se prende na questão dos sintomas (...). Só dela ter ido gente, viajar sozinha, ela foi sozinha. Já imaginou, que avanço que ela teve? Quantas realizações essa mulher teve gente!" (Joana)

"Afinal, eu acho que ela conseguiu tudo o que ela queria. Ela conseguiu local para ficar, ela conseguiu ver o negócio da pensão, ela conseguiu ver os filhos, ela conseguiu ir pra igreja, (...)" (João)

No processo da construção do Fluxograma, estas informações se confirmaram e, como podemos constatar a seguir, mesmo diante dos obstáculos e das manifestações dúbias enfrentadas pelos trabalhadores, os

profissionais conseguiram encontrar linhas de fuga no trabalho instituído, visto que tiveram ações extremamente criativas na busca de alternativas as complexas necessidades de Raquel:

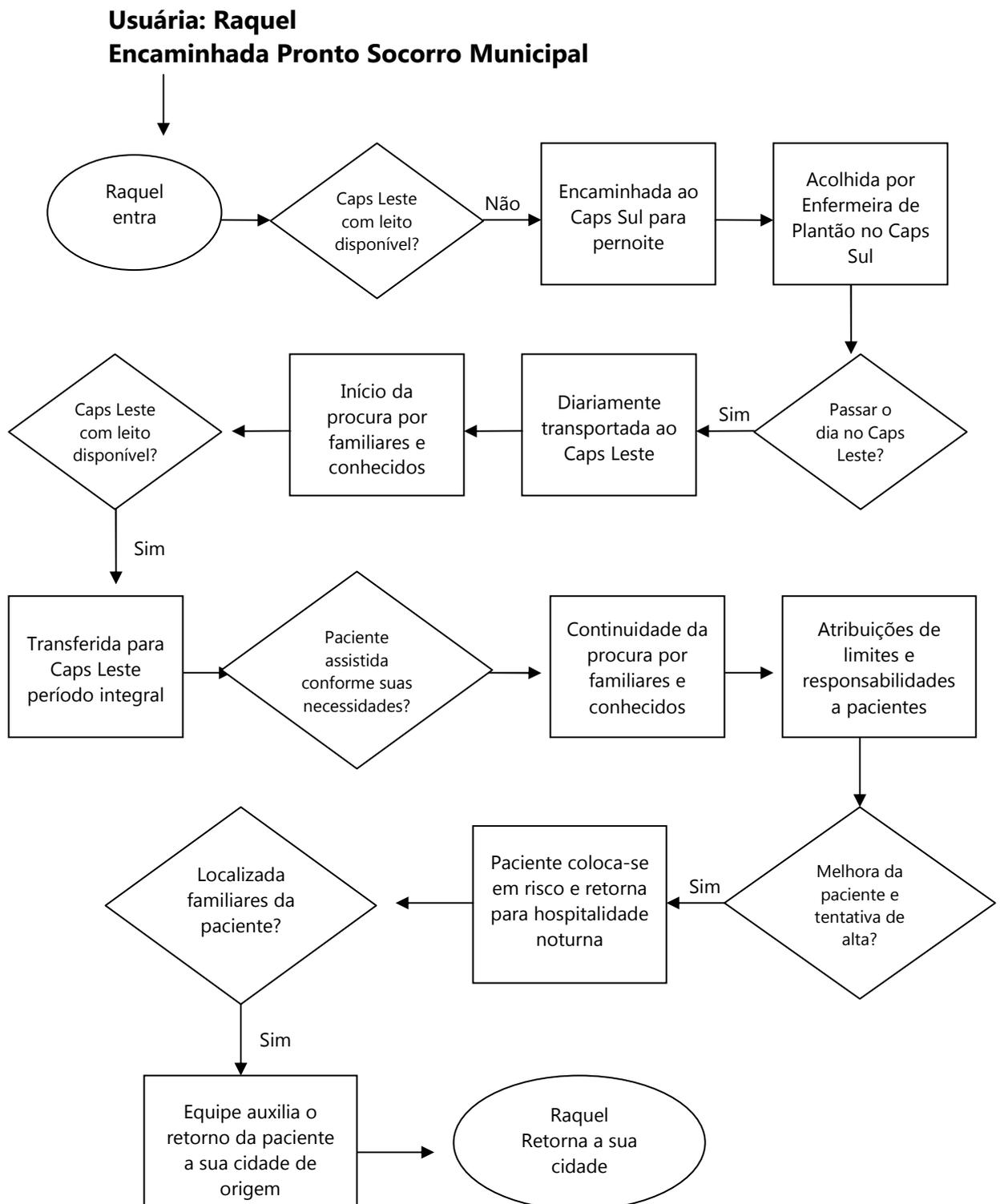


Figura 4- Fluxograma Analisador do processo de trabalho realizado pela pesquisadora a partir dos dados coletados nos grupos focais com a equipe diurna.

Dessa forma, os trabalhadores se vêem ante o desafio de compor novas práticas, novas compreensões e considerações sobre o processo saúde-doença, muitas vezes diferentes daquelas ensinadas nos cursos e universidades, que ainda se baseiam no modelo positivista causa-efeito, onde se busca a cura da doença psiquiátrica.

A partir desta outra perspectiva, considera-se não somente a melhoria dos sintomas, mas se objetiva ampliar “os espaços relacionais e as possibilidades de trocas e negociações como estratégia para operar transformações, contínuas e processuais, na trajetória de vida que levou a pessoa ao serviço.” (Mângia, 2002, p. 133).

Constatamos que os profissionais nos CAPS se encontram, em meio a tensão cotidiana, entre novas práticas e velhos “hábitos”. Em um lugar em que se constroem diferentes formas lidar com a loucura, os trabalhadores ficam a frente de grandes desafios; assim, devem e podem usufruir das dúvidas e experimentações. Deste modo, ter uma postura de que na constituição dos CAPS devemos seguir modelos fechados ou receitas prontas é restringir sua multiplicidade e não aproveitar de um fazer coletivo, solidário e experimental (Merhy, 2007).

Vale ressaltar que no processo de construção dos projetos terapêuticos os profissionais devem buscar todas as possibilidades para defender a vida, utilizando-se das diversas opções “tecnológicas” no enfrentamento das diferentes necessidades de saúde dos usuários, lembrando que essas tecnologias não são sinônimos de equipamentos tecnológicos, mas referem-se a tecnologias das relações que operam a partir dos encontros de subjetividades (Merhy, 2003).

Por fim, considero que a imersão no plano desta experiência pode constituir o caminho da pesquisa-intervenção, pois, como pretende o método cartográfico, os grupos focais se configuraram como um espaço de

construção de conhecimento o qual permitiu a mim e aos trabalhadores novos devires, nova apreensão da realidade a partir da releitura e re-significação desta história. (Passos, Barros, 2009).

4.1.2. Mapeando a permanência de Paulo...

Vejo que os trabalhadores, que procuram caminhar por aí interrogam de modo bem produtivo o seu próprio fazer manicomial, interrogam o que lhes entristecem e exaurem, e com esta interrogação abrem oportunidades de se re-situar em relação a novas possibilidades antimanicomiais. (Merhy, 2007, p.11)

No grupo realizado com os trabalhadores do turno da noite, estes também optaram pela discussão de um caso que os angustiava, e que consideravam como um caso “empacado” e “sem sucesso”, principalmente devido ao extenso período de permanência deste paciente em hospitalidade noturna, que já durava cerca de um ano.

Como já descrito anteriormente, de início os trabalhadores se dispuseram a realizar a leitura do prontuário e uma busca de informações com a equipe diurna, para assim poder fundamentar a discussão do caso com maiores detalhes da história do paciente.

Este fato despertou minha atenção, pois sinalizou-me que, neste processo de trabalho, era a equipe diurna que apreendia as informações sobre os pacientes, e apenas a partir desta oportunidade esses profissionais puderam discutir e procurar maiores informações sobre esse usuário.

“onde é discutido os projetos terapêuticos, onde se faz alguma coisa né, dos projetos, onde é executado sempre é de dia né...”(Tiago)

Desta maneira, vamos começar a discussão a partir das informações coletadas a cerca do paciente descritas a seguir.

Paulo chegou a trabalhar como auxiliar de escritório; no entanto, adoeceu aos dezesseis anos, com consequentes prejuízos sociais e diversas internações psiquiátricas em hospitais fechados. Naquele momento morava com a mãe, irmãos e um sobrinho, em uma casa muito pequena. Encontrava-se em hospitalidade noturna no CAPS há aproximadamente um ano. A tentativa de retorno casa resultou em insucesso pois paciente voltou após ter sofrido grave agressão física por parte de familiares.

Na tentativa de trabalhar estas questões com a família, naquele momento o técnico de referência realizava visitas domiciliares semanais, quando acompanhava o paciente até sua casa, voltava no horário do almoço, permanecendo Paulo com a família até o final da tarde.

Além disso, sua mãe era incentivada a participar dos grupos de família; contudo, mesmo fazendo visitas diárias ao paciente, alegava dificuldades de "tempo" para comparecer as reuniões.

Para que o leitor possa identificar melhor alguns entraves citados por esses profissionais no acompanhamento deste paciente, vamos nos valer do Fluxograma realizado a partir dos dados colhidos nos grupos focais. Esses nós críticos identificados pelos trabalhadores estão destacados nos retângulos em tracejado e serão discutidos no decorrer deste capítulo:

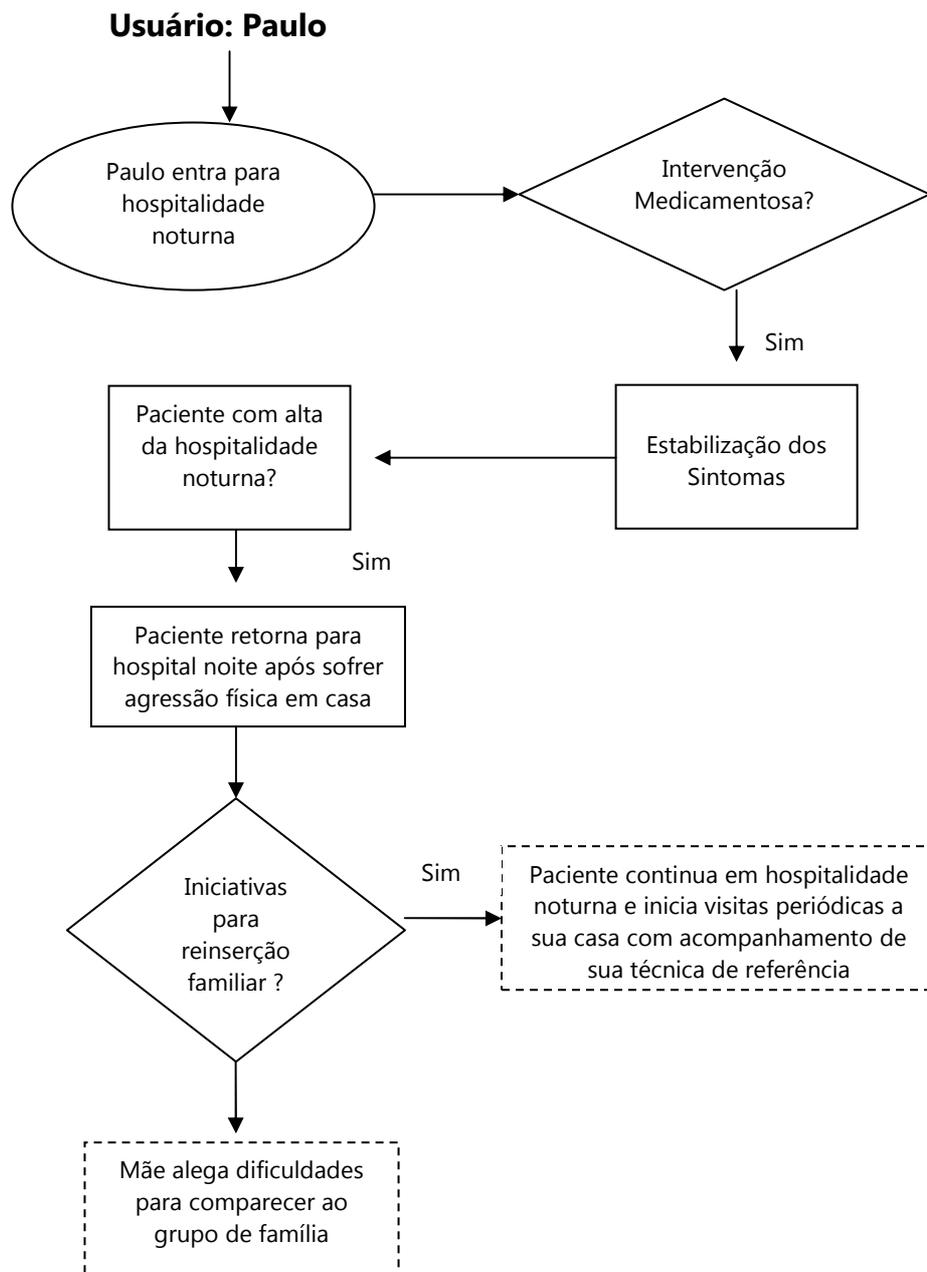


Figura 5- Fluxograma Analisador do processo de trabalho realizado pela pesquisadora a partir dos dados coletados nos grupos focais com a equipe do noturno.

Para compor esta história, embora os trabalhadores tivessem encontrado dados descritos pelo técnico de referência e pelo médico em seu prontuário, disseram não ter anotações das intervenções de outros

profissionais e, apesar de reconhecerem o esforço dos colegas, interrogaram a existência de um projeto terapêutico compartilhado entre todos os membros da equipe.

“a evolução técnica do prontuário do Paulo as pessoas estão fazendo vista grossa, as pessoas não estão dando a importância necessária, não tem, não tem...uma vez ou outra tem do médico quando atende ele escreve “mantenho a prescrição médica” e tal, mas o psicólogo,... eu preciso!! Eu preciso do TO, eu preciso do educação física, ele tem obesidade sabe,...então assim, a gente vê um prontuário de uma pessoa que tá morando aqui dentro,... hotelaria!! E assim, que não tem projeto assim, pra mim não tem projeto, porque quando tem projeto cada elemento da equipe interdisciplinar coloca lá! Coloca lá! Evolui lá, eu sou psicólogo eu vou evoluir...Ela é TO ela vai fazer uma atividade com ele ela vai evoluir...né, a terapia comunitária, a educação física, ele vai? Ele participa? Ele joga bola? Ele joga basquete? Ele faz uma caminhada? Você não vê no prontuário...”(Francisco)

As informações médicas sobre diagnóstico, sinais e sintomas servem especialmente para estabelecer as estratégias de intervenção psicofarmacológica, mas os dados sobre a família, o contexto social, e todas outras informações observadas pelos demais membros da equipe podem colaborar em uma estratégia de intervenção mais articulada (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001).

Nesta situação, a deficiência de registros no prontuário pode ser resultado de vários motivos: ou o paciente não participava das atividades, ou os profissionais, frente a diversas demandas, não tinham disponibilidade de tempo para realizarem as anotações; enfim, não sabemos. Suponho, entretanto, que esse fato contribui para dificultar a circulação das informações e intervenções realizadas com o paciente: as que deram certo ou não, aquelas que mereciam investimento, ou não. E mais: acredito que a

ausência de registro dos profissionais pode também dificultar a tarefa do técnico de referência na composição e reavaliação sistemática dos projetos terapêuticos.

Assim, como não participam das reuniões de equipe, os profissionais que trabalham a noite não dispõem de dados suficientes sobre os usuários que estão em hospitalidade noturna, os quais, conseqüentemente, necessitam de uma atenção mais intensiva. Mesmo recorrendo ao livro de plantão, os participantes declararam que as anotações traziam somente informações sobre decisões pontuais em relação a condutas com determinados pacientes.

Alguns trabalhadores ainda revelaram que preferiam o antigo esquema de anotação utilizado no CAPS, que, segundo eles, continha o registro mais completo das reuniões, descrevendo com maiores detalhes as opiniões dos profissionais, fazendo com que, dessa maneira, se sentissem mais integrados ao trabalho.

“a principio eram dois, eu particularmente achava muito melhor, porque era um livro de ata da passagem de plantão, então a gente chegava a noite pegava e lia toda a passagem de plantão! Então a gente sabia o que tinha acontecido de novidade, o que a equipe tinha discutido, sugerido, a gente acabava fazendo um pouco mais assim de parte né, de maneira mais passiva, mas pelo menos a gente tava informado do que tava acontecendo... hoje não existe mais esse livro, então a passagem de plantão não está sendo registrada...” (Glória)

Os profissionais lembraram-se também de uma experiência que consideraram exitosa com outro paciente, em que uma antiga diretora do CAPS ia aos plantões noturnos conversar com a equipe sobre seu projeto terapêutico. Segundo eles, sentiam-se com uma participação mais efetiva.

"ela discutia os pacientes com a gente assim,...o caminho que tava se tomando, tudo,.. e colhia também essa coisa da informação da gente, o quê que a gente achava, ... a gente participava.. a partir da tua opinião eu posso desenvolver, eu posso ser totalmente contrária e de repente eu posso achar um viés na sua pra trabalhar com aquilo, e isso eu acho que é um crescimento de uma equipe como um todo..." (Estela)

Conforme os depoimentos, os trabalhadores sentem uma forte "quebra" (SIC)* do trabalho entre as equipes diurna e noturna, entendendo que a possibilidade de diálogo entre os profissionais de diversos plantões pode contribuir para a composição de ações mais convergentes, já que, frente a complexidade dos casos atendidos no CAPS, a mera justaposição de diferentes profissionais, muitas vezes com ações diversas, pode não garantir a melhoria da atenção (Milhomem, Oliveira, 2007).

A fim de oferecer um cuidado singular a situação de Paulo, os trabalhadores trouxeram diversas sugestões frente as inquietações que sentiam.

A primeira dizia respeito ao tempo de permanência de Paulo em hospitalidade noturna, pois, segundo eles, era um paciente mais tranquilo, que muitas vezes "passava batido" (SIC) sem risco de agressividade ou de suicídio, não se justificando, pois, seu afastamento do convívio social e familiar, como todo cidadão.

"eu acho que a equipe tá com um pouquinho de impotência no que diz respeito a questão da reabilitação biopsicossocial sabe, porque é assim, é inserir mesmo...(..) Porque antes ele vivia nessa família, ele não adoeceu ontem, ele adoeceu já há muito tempo atrás, e ele convivia no meio dessa família, hoje ele está totalmente morando

* Segundo as informações colhidas.

aqui assim,... ele precisa né, viver lá fora como todo cidadão. Cortar o cabelo no mesmo salão que eu corto, entrar no mesmo shopping que eu, na mesma loja que eu compro,,..."(Francisco)

Importante ressaltar que o conceito de cidadania, compreendido como uma finalidade da reabilitação social, não deve ser entendido como a simples restituição de direitos, mas sim como reconhecimento da pessoa como sujeito de razão e de vontade, promovendo sua participação no contexto de sua própria história de vida (Oliveira, 2007).

Nessa perspectiva, o cuidado realizado a partir dos princípios da reabilitação psicossocial considera fundamental proporcionar o maior nível possível de autonomia das pessoas, facilitando a abertura de espaços de negociação entre o paciente, sua família e a comunidade. A partir da possibilidade de estabelecer estes contratos, se permite ao usuário subverter o efeito da exclusão social, estigma da doença mental. (Pitta, 2001) (Saraceno, 2001).

Fazendo uma referência particular a autonomia, esta é vista como condição essencial nas intervenções desinstitucionalizantes, e em geral, está vinculada a capacidade de esses usuários participarem vitoriosamente do jogo social, modificando suas regras "de maneira que desse jogo participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses" (Saraceno, 2001, p. 113).

Nesse sentido, para que Paulo não mais permanecesse restrito ao CAPS e pudesse retornar ao seu contexto de vida real, sendo novamente incluído neste "jogo", os participantes sugeriram que sua família fosse realmente ouvida e até "tratada" (SIC).

Como não vislumbravam a possibilidade de maior evolução no quadro geral de Paulo (visto que, segundo os participantes, ele já estava bem

psiquicamente conforme suas possibilidades), entendiam que o maior investimento da equipe deveria ser realizado com a família, o que, naquele momento já começava a ser realizado pela técnica de referência, mas que poderia ser intensificado com o apoio de outras pessoas da equipe, aumentando o número de intervenções no domicílio.

"ele tem uma mãe nova ainda, tem uma casa, os irmãos que podem se organizar e até pagar um cuidador que faça companhia para ele, que leve ele para fazer uma atividade física numa área de lazer,... ele tem lá fora sabe? nós somos uma equipe! Um dia vai um enfermeiro, um dia vai a Glória que é técnica, um dia vai o Assistente social, vamos intensificar isso, porque dessa forma a gente pode tá colaborando nessa possibilidade de reinserir socialmente Paulo novamente" (Francisco)

"temos meses que ele tá aqui, a gente não tem que tratar ele, a gente tem que tratar a família, (...) ser cuidador é a coisa mais difícil, os cuidadores adoecem junto." (Estela)

Acompanhando os preceitos da Reforma Psiquiátrica, observa-se um aumento de alternativas para o tratamento das pessoas acometidas por um transtorno mental e, com o objetivo de reintegrá-las socialmente, na abordagem da reabilitação psicossocial, os aspectos familiares desses usuários precisam ser contemplados para o desenvolvimento de um cuidado mais amplo e efetivo.

Já que a mãe de Paulo se esquivava dos grupos de família, os trabalhadores sugeriram que ela deveria então ser acolhida em outros espaços como, por exemplo, em atendimento individual. Disseram que até tentavam lhe dar uma escuta, porém tinham receio que nesse processo aparecessem conteúdos dos quais eles não tivessem condições técnicas de

cuidar, sugerindo, então, que esta intervenção fosse realizada por algum profissional mais especializado.

"a gente vai ter que trabalhar com ela... e não é a gente 'nós', eu acho que aí vai da competência, cada um tem a sua. Eu acho, que também eu não posso aflorar nela, falar 'eu vou a noite fazer visita lá' e eu vou aflorar algo nela que eu não vou ter condição de tratar" (Estela)

"eu já tentei manter diálogo terapêutico, manter um relacionamento terapêutico com ela mas ela já foge de mim, eu já procuro ela ela não,... e eu percebo que ela não quer e eu vou forçar? Vou respeitar, porque isso tem que ser trabalhado de outra maneira, não é eu enfermeiro que vou chamar ela pra uma sala e trabalhar essas questões..." (Francisco)

Entretanto, de acordo com Oliveira (2007, p. 701):

(...) O trabalho/cuidado emancipatório, característico da atenção psicossocial, não se realiza pelo uso de determinada técnica, nem pela realização num determinado lugar, ou pela qualificação profissional de quem o realiza, ou pela especificidade de quem é atendido. Ele ocorre pela desalienação de todos os envolvidos (usuários e profissionais).

Franco, Bueno e Merhy (1999), enfatizam que a organização parcelar do trabalho fixa o trabalhador em uma determinada etapa do projeto terapêutico, e, portanto, esta superespecialização, sem um trabalho integrado entre a equipe multiprofissional, faz com que os trabalhadores se alienem do objeto de trabalho e fiquem sem interação com o produto final de sua atividade.

Já Para Campos (1997) esse trabalho fracionado impede que os profissionais tenham o contato com elementos que podem estimular a criatividade e, dessa maneira, podem não se responsabilizar pelo objetivo final de sua intervenção, no caso, melhorar as condições de saúde dos usuários.

A partir destas considerações, avalio que se estes profissionais tivessem em seu processo de trabalho, espaços de conversa sobre os projetos terapêuticos dos usuários, em que pudessem aprofundar os conteúdos sobre as intervenções a serem realizadas, de acordo com a particularidade de cada um, acredito que até poderiam ficar mais a vontade para transitar além de suas especificidades profissionais, avançando numa prática menos compartimentada e mais compartilhada e criativa.

As tentativas institucionais de integração entre os plantões eram infrutíferas, até aquele momento, pois, segundo os trabalhadores, não era possível que comparecessem as capacitações realizadas durante o dia, visto exercerem outras atividades nesse período. Sugeriram, como alternativa, que alguém da equipe pudesse ir aos plantões noturnos discutir os projetos terapêuticos dos casos mais difíceis, pois acreditam que, a partir de sua observação e interação com os pacientes, também podem colaborar na construção desses projetos. Além disso, citam a importância das reavaliações periódicas.

“então as pessoas falam de projeto, aqui ou qualquer outro, um projeto você faz, o projeto você vai naquele funcionamento, e dependendo da avaliação daquilo, vai reestruturar, reorganizar. Eu não vejo isso,..tem um projeto pra ele, a gente fala assim, tá fazendo, mas eu não vejo isso diferente do que foi feito em outras épocas.. tem que avaliar.” (Glória)

Ressalto que a questão aqui não é se este caso está sendo ou não bem conduzido pela equipe, porque mesmo com a discussão, não conhecemos mais profundamente os motivos pelos quais o paciente permanecia em hospitalidade noturna; afinal em uma situação tão complexa, outras questões além da sintomatologia poderiam estar sendo consideradas pela referência do caso, as quais não foram aventadas neste momento.

Contudo, é fundamental que estejamos atentos a esse processo de trabalho como um todo, pois, diante dessas inquietações, a equipe noturna fica sem um espaço de troca, permanecendo alienados ao processo de intervenção junto aos usuários. Nesta oportunidade que tiveram de conversar sobre este caso, apresentaram sugestões criativas que poderiam ser investidas com este paciente. Afinal, em um CAPS III, as funções destes trabalhadores devem permanecer as mesmas que nos hospitais psiquiátricos, onde se cuida basicamente da ordem institucional e intervenção medicamentosa?

De modo geral, como um "sintoma" da organização desse processo de trabalho, nos depoimentos os profissionais se referiam sucessivamente a equipe diurna como a "*que cuida do caso*" (SIC), o que demonstra a cisão completa da construção contínua e processual dos projetos terapêuticos.

Assim sendo, questiono: se no CAPS, local, em que se pretende instigar cooperação, reflexão, ressignificação das práticas e, antes de tudo, se propõe produzir novos sentidos para a inclusão social e "novas vidas desejantes" (Merhy,2007, p.4), como esta complexidade de ações será produzida diante das limitações na comunicação e cisão entre a equipe?

O trabalho realizado desta maneira, que retém os devires, metamorfoses e a interpenetração do criativo, impede que estes profissionais sejam agentes de suas práticas, pois estão excluídos da

produção de um dispositivo transformador e ficam aprisionados na reprodução das práticas já existentes (Baremlitt, 1992).

No espaço *micro* deste serviço é preciso resistir contra as formas de assujeitamento, a submissão da subjetividade, construindo territórios subjetivos de criação e expressão, a partir das linhas de fuga em busca do trabalho vivo em ato (Pelbart, 2001).

Dessa maneira, é importante que esses profissionais construam em conjunto a possibilidade de espaços de diálogo, pois a partir dela poderá se constituir uma equipe com ações integradas, o que colabora na construção e efetivação dos projetos terapêuticos e, por conseguinte, na melhoria da situação de vida desses usuários.

5. Mais algumas considerações

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre a começar,
A certeza de que é preciso continuar,
E a certeza de seremos interrompidos
antes de terminar.
Portanto, devemos fazer
Da interrupção um caminho novo,
Da queda, um passo de dança,
Do medo, uma escada,
Do sonho, uma ponte,
Da procura, um encontro.
(Fernando Sabino)*

Chego ao término deste percurso composto por inúmeros desafios que me proporcionaram amadurecimento pessoal, profissional e acadêmico. Sendo uma trabalhadora de CAPS III e, nesta ocasião, como “aprendiz-cartógrafa”, realizei uma tarefa complexa e prazerosa ouvindo e aprendendo com outros trabalhadores que, como eu, estão envolvidos com os riscos, tentativas, erros e acertos no cuidado construído cotidianamente a pacientes graves.

Como vimos, estamos em um período de quebra do modelo hegemônico positivista onde o trabalho visa especialmente a cura da doença, para a construção de novas práticas e serviços. Assim, o modelo de atenção psicossocial com base nos pressupostos da reforma psiquiátrica vem se consolidando nestes novos equipamentos e, a partir deste prisma, se considera além da diminuição dos sinais e sintomas da doença, a reinserção das pessoas ao seu território, a sua família e comunidade.

Entretanto, este não é um processo consensual entre os trabalhadores e gestores e, desta forma, a implantação dos CAPS III ainda se encontra em um processo de construção e amadurecimento. Mesmo com as normativas do Ministério da Saúde, sua implementação ocorre de diversas formas já que, as cidades e municípios investem nestes equipamentos conforme a

pretensão da política vigente.

De acordo com Rotelli (1990) para que ocorra a superação de modo de se lidar com a loucura, é preciso desmontar todos os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais, políticos e sociais que excluíram a loucura da vida social. Neste processo, os principais atores "são os profissionais, que podem usar ativamente seu papel para desmontar a estrutura, os recursos, as técnicas, as bases científicas, o tecido institucional" (Nicácio, 2003, p. 96), porém, como vimos, na ação no cotidiano do CAPS III os profissionais passam por diferentes desafios, entre eles o de resignificar sua própria prática profissional considerando no cuidado a esses usuários aspectos muitas vezes não ensinados e valorizados nas universidades.

Assim, no espaço micro deste serviço observei que algumas intervenções os profissionais reproduziam o que é estabelecido a partir do macro como também, tentavam mergulhar em novas produções cotidianas. Ou seja, em muitos momentos, deslizavam entre uma prática focada em aspectos mais positivistas e em outros, esforçavam-se em construir um trabalho permeado pelas proposições da reabilitação psicossocial, em que se pressupõe na construção dos projetos terapêuticos, a interação com esses sujeitos valorizando toda sua singularidade e necessidades da situação de vida real.

A ação terapêutica ao situar-se, de forma interativa, na relação entre sujeito e contexto deve lidar com um amplo conjunto de aspectos presentes na vida cotidiana da pessoa: práticos, concretos, simbólicos, relacionais, materiais, etc. De forma a produzir movimentos capazes de oferecerem suportes, proteção e resolução de problemas que contribuam para a superação da situação existencial que tornou possível a manifestação da crise ou a permanência do sujeito em uma situação de muita fragilização e vulnerabilidade em relação ao seu contexto sócio relacional. (Mângia, 2002, p.132)

Este não é um caminho fácil de percorrer diante de alguns obstáculos que podemos encontrar na organização dos serviços. Como visto nesta experiência, metade dos participantes da pesquisa não tinham experiência anterior de trabalho em saúde mental, e desta forma, o investimento em educação continuada é fundamental. Naquele momento, ocorriam algumas aulas do programa de educação permanente que, segundo os trabalhadores, tinham o objetivo de capacitação, como também de integrar os diferentes profissionais e plantões. Entretanto, no dia em que estive na aula, a grande maioria dos profissionais eram técnicos de enfermagem e nenhum profissional do plantão noturno estava presente.

A deficiência na integração com os trabalhadores do noturno pode acarretar prejuízos no cuidado cotidiano e no processo de construção dos projetos terapêuticos desses usuários. Esses profissionais lidam diariamente com pacientes graves em crise, muitas das vezes sem saber mais detalhes sobre seu projeto terapêutico, as intervenções da equipe e sua história. E, quando procuraram essas informações no prontuário e no livro de plantão, as consideraram insuficientes, desta maneira, permaneciam presos a intervenções mais mecânicas como somente oferecer a janta, administrar a medicação e prevenir "fugas", ações semelhantes as do hospital psiquiátrico.

Na discussão do caso com a equipe noturna, os participantes trouxeram diversas sugestões bastante criativas ao caso discutido como, o investimento no trabalho com a família, ações mais compartilhadas entre a equipe, tentativas mais incisivas de inclusão do paciente no seu núcleo familiar e social, anotações das intervenções de outros profissionais no prontuário além do médico e técnico de referência, contudo, não tinham onde dividi-las e desconheciam se algumas intervenções já estariam sendo realizadas pela equipe.

Mesmo entre os trabalhadores da equipe diurna, a integração das ações parecia, naquele momento, algo ainda em desenvolvimento e não totalmente concretizado, pois no caso relatado, as ações mais compartilhadas entre os trabalhadores no projeto terapêutico aconteceram somente após avaliarem que estava “muito pesado” para o técnico de referência seguir sozinho no cuidado àquela usuária, o que me pareceu faltar na organização deste processo de trabalho momentos mais sistemáticos de construção e reavaliação dos projetos.

Penso que, a equipe como um todo é responsável pelos cuidados aos usuários, tanto a equipe do dia, quanto a equipe da noite, inclusive, incluem todas as pessoas que lidam diretamente com os usuários como as recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, copeiros, entre outros, e nesse sentido, foi interessante notar que em uma das oficinas terapêuticas participava também uma das agentes administrativas. Mas, por duas vezes observei que a porta do local onde ficam os materiais de limpeza estava aberta, oferecendo riscos aos pacientes que estão em hospitalidade noturna e portanto, mais vulneráveis.

Assim é essencial a construção de espaços de interlocução e diálogo efetivos sobre os projetos terapêuticos e os cuidados aos pacientes, para que esse trabalho se desprenda das manifestações do trabalho morto, caracterizado por ações automatizadas e instituídas que se expressa no processo de trabalho.

Contudo, observei nos trabalhadores uma tentativa de se libertarem dessas manifestações, pois muitos interrogaram essas ações, duvidando de seus sentidos, o que pode se constituir em saídas do processo de trabalho instituído para o trabalho com base nas tecnologias leves (das relações e vínculos).

Desta forma, se facilita que esta equipe mais do que um agrupamento de pessoas, se constitua efetivamente em uma equipe com trabalhos integrados através da relação mútua entre as diversas intervenções técnicas e os diferentes profissionais e plantões (Peduzzi, 2001). Com isso, a construção e reavaliação dos projetos terapêuticos podem ser mais compartilhadas, fazendo com que os profissionais organizem ações integradas sem se sentirem sobrecarregados ou excluídos deste processo.

Além disso, os participantes queixaram-se da falta de supervisão, o que os ajudaria na forma de lidar com os pacientes mais graves e na elaboração dos projetos terapêuticos. Como vimos, em alguns casos os profissionais podem lidar com situações onde não experimentam os afetos aumentativos de potência o que garante o sucesso dos encontros de subjetividades, por isso, construir um alívio produtivo é um desafio para estes coletivos sociais que se propõem a gerar dispositivos anti-manicomiais (Teixeira,2006) (Merhy, 2007).

Investir na construção de processos de trabalho que produzam cuidado para usuários e cuidadores é vital, pois "permitem vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção da qualificação de vidas" (Merhy, 2007, p.16).

Portanto, se este processo de trabalho se organizar de forma a desenvolver processos de singularização dos próprios trabalhadores, em que estes possam se apropriar de relações expressivas e criativas, mais facilmente os projetos terapêuticos organizados neste CAPS III (ou em qualquer outro dispositivo de saúde mental), considerarão as subjetividades, priorizando a liberdade de criação dos próprios usuários.

Por fim, sabendo que esta produção de conhecimento não se inicia exclusivamente com o transcorrer deste trabalho, mas continuará inclusive

com a circulação do material escrito e a leitura deste pelos interessados (Kastrup, 2009), não pretendi nesta experiência oferecer respostas e soluções acabadas aos desafios mapeados na pesquisa.

A partir dos referenciais do método cartográfico, procurei realizar um “desenho” dos sentidos dados nesta realidade acompanhando simultaneamente nesta trajetória, a formação de novos sentidos (Rolnik, 1989). Desta maneira, busquei transitar junto com os trabalhadores em um processo de aprendizado sobre esta prática a ser constantemente construída, reconstruída e repensada na composição destes dispositivos, contribuindo para a criação de um novo perfil de assistência que ofereça cuidados individualizados nas situações de crise e vulnerabilidade.

Referências

Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional em CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS), 2005, dez; 26(3): 369-80.*

Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade/ orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. Porto Alegre, 2009. p. 131-149.*

Alves DSN, Seid EMF, Schechtman A, Correia e Silva R. Elementos para uma análise da assistência da saúde mental no Brasil. In: *Caderno da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1992. p. 46-59.*

Amarante P. A Trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: *Kalil, Maria Eunice Xavier, org. Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde, Anais. São Paulo, Hucitec, 1992. p. 103-19.*

Amarante P. *Loucos pela Vida, A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2º Ed., Rio de Janeiro, 1995.*

Amarante P, Torre E. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago 2001. p. 26-34.*

Amorim, EM. (Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas – SP. [dissertação] Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2008.

Aranha e Silva AL. *O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.*

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 (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Baremlitt GF. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.

Baremlitt GF. Introdução à esquizoanálise. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Feliz Guatarri; 1998.

Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade/orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. Porto Alegre, 2009. p. 52-75.

Barros S, Egry EY. O Louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica *sub judice*. Cabral Ed. Universitária. São Paulo, 2001.

Benetton, MJ. Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental- [tese] Campinas (SP). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20G%20336-2002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Diretrizes para Matriciamento. Saúde Mental e Atenção Básica, o vínculo e o diálogo necessário. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Equipe Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ªed. Série Textos Básicos de Saúde, Brasília,DF, 2007.

Disponível em:
portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/clinica_ampliada_equipe_de_referencia_e_projeto_singular.pdf

Acesso em outubro de 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – 4 de junho de 2009. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo.pdf

Acesso em agosto de 2009.

Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde on-line, uma proposta em construção, 1997.

Disponível em: [HTTP://www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Acesso em março de 2010.

Camerot M. Projeto Técnico Caps, mimeo, 2008.

Campinas. Prefeitura do Município. Vídeo traz relatos de portadores de transtornos mentais. Publicado em: 15/09/2009. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/noticias/?not_id=1&sec_id=&link_rss=htt...

Campos CE. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 2003. p. 569-584.

Campos FCB. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. [tese] Campinas (SP): Unicamp, 2000.

Campos GW. Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, nº4, 2007. p. 849-851.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 113-150.

Campos GWS. Subjetividade e administração pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE e Onocko Orgs. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 229-266.

Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Rev. Sociedade e Cultura, 2000, p. 51-74.

Colvero LA. Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2002.

Conejo SH, Colvero LA. O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. Rev. Min. Enf.; 9(3) 206-211, jul/set, 2005.

Deleuze G. Lógica del sentido. Barcelona: Paidós, 1994. Versão eletrônica disponível em: http://www.dossie_deleuze.blogspot.com.br/.

Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

Diadema, Caderno de Saúde Mental do Município de Diadema, [s.d.,a].

Diadema, Prefeitura do Município, [s.d.,b]. Disponível em: http://www.diadema.sp.gov.br/apache2default/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=31
Acesso em março de 2010.

Domitti ACP. Um possível diálogo coma teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde. [tese] Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; SP, 2006.

Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). [dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; SP, 2006.

Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):129-138, 2009.

Filizola CLA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2008; 10(2): 491-503.

Dísonível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>

Acesso em janeiro de 2009.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 1999, p. 345-353.

Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para a análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG) In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Hucitec. 2003. p. 161-198.

Guattari F. Da Produção de Subjetividade. In: *Caosmose. Um Novo Paradigma Ético-Estético*. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1992.

Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2005.

Goldberg J. *A clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro, Ed. Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

Iervolino SA, Pelicioni, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n.2, 2001. p. 115-121.

Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da Política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009, Abr-Jun; 18(2): 241-248.

Kastrup V. O Funcionamento da Atenção no trabalho do cartógrafo. In: Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade/ orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. Porto Alegre, 2009. p. 32-51.

Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupo focais. Psicologia em Revista, belo Horizonte, v.10, n.15, jun. 2004. p. 124-136.

Kinoshita, RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil. Org. Ana Pitta. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996. p. 55-59.

Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. Prevenir a prevenção. In: Nicácio MFS. Organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

Luzio CA, L'abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface - Comunic., Saúde, Educ.,v.10, n.20, jul/dez 2006. p.281-98.

Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: Olhando através da subjetividade. Acta Paul Enferm. 1999; 12 (2): 66-72.

Machado AL, Colvero LA, Rolim MA, Helene LMF. Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11 (4):1031-6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a30.htm>. Acesso em Janeiro de 2010.

Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense "prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.13, n.3, set./dez. 2002. p. 127-34.

Mângia EF, Castilho J, Duarte V. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 17, n. 2, maio/ago, 2006. p.87-98.

Mângia EF, Muramoto M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.18, n.2, mai/ago, 2007. p. 54-62.

Melo G, Cunha A. Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: Campo de Atuação das Políticas Públicas. Publicado em 17/11/2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/11430/1/Saude-Mental---Luta-Antimanicomial-Reforma-Psiquiatica-e-CERSAMs/pagina1.html>.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO (Org.) Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE e Onocko R, organizadores. Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez, 2003.

Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2007. p. 55- 66.

Milhomem MA, Oliveira AG. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS. Rev. Cogitare Enfermagem, v. 12, nº01, Paraná, 2007. p.101-108.

Milhomem MA, Oliveira AG. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS. Rev. Cogitare Enfermagem, v. 12, nº01. Paraná, 2007. p.101-108.

Minayo MC. Organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Vozes, 2004.

Minayo MC. O desafio do conhecimento. São Paulo, Hucitec, 2008.

Morais MLS, Feffermann M, Fernandes M, Figueiredo R, Paula SHB, Venancio SI. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. In: Rev. Saúde em Debate, V. 33, nº 81, 2009. p. 112- 128.

Nicácio MFS. Organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

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

Nicácio, MFS. Oliver, F. Da Instituição Asilar ao Território: caminhos para a produção de sentido nas intervenções em saúde. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.10, n.2/3, p.60-8, mai/dez. 1999.

Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: Algumas Reflexões. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, 2007; 10 (4), p. 694- 702.

Oliveira GL. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte-MG. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

Oliveira WF. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. V.1, n.2. Out/Dez de 2009. p. 48-61.

Passos, E. Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade/ orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. Porto Alegre, 2009. p. 17-31.

Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, v. 35, nº01, São Paulo, 2001.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 161-78.

Pelbart PP. Exclusão e biopotência no coração do Império. In: Seminário Estudos territoriais de desigualdades sociais, 2001, São Paulo.
Disponível em: <http://www.cedest.info/Peter.pdf>
Acesso em: janeiro de 2010.

Prefeitura de Diadema, [s.d.]. Disponível em: <http://www.diadema.sp.gov.br/>.
Acesso em janeiro, fevereiro e março de 2010.

Reis, SLC. Acolhimento das crises: um desafio a enfrentar. In: Caderno de Saúde Mental, A Reforma Psiquiátrica que Queremos. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. p. 91-96.

Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Revista Texto Contexto Enferm,

Florianópolis, 2008. Out-Dez; 17(4): 779-86.

Rolnik S. Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo, Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

Rosa LCS. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.11, n.18, Dez. 2005. p.205-218.

Rotelli F. A instituição Inventada. In: Nicácio MFS. Organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. p.89-100.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos "países avançados". In: Nicácio MFS. Organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. p. 17-60.

Sá RAR, Barros MMM, Costa MSA. Saúde Mental em Sobral-CE: Atenção com Humanização e inclusão social. *Sanare*, Sobral, v.6, n.2, jul./dez. 2005/2007. p.26-33.

Saraceno B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: IFB/ Te Corá editora; 2001.

Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. *Manual de Saúde Mental*. 3 ed. São Paulo, Hucitec; 2001.

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.candido.org.br/content/blogcategory/14/44/>). Acesso em janeiro de 2010.

Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, setembro-outubro, 2003; 11(5):645-51.

Schmidt ML. Plantão psicológico, universidade pública e política de saúde mental. Rev. Estud. Psicol. V.21, n.3. Campinas (SP) Dez. 2004. p.173-192.

Teixeira RR. Humanização a Atenção Primária à Saúde. Ciência &Saúde Coletiva 2006;10(3): 585-597.

Tófoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária do município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007.

Universidade Federal do ABC. Disponível em: <http://ufabcsocial.files.wordpress.com/2008/08/abc-mapa.jpg>. Acesso em fevereiro de 2010.

Vianna, PCM. A Reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Anexo I

**Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador
CAPS/100.000 habitantes**

Brasil – 4 de junho de 2009

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	total	Indicador CAPS/ 100.000 hab.
Paraíba	3.742.606	31	9	2	7	5	54	1,06
Sergipe	1.999.374	19	3	3	1	2	28	1
Rio Grande do Sul	10.855.214	59	33	0	12	17	121	0,84
Ceará	8.450.527	38	27	3	5	14	87	0,82
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Santa Catarina	6.052.587	39	13	0	6	7	65	0,75
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Paraná	10.590.169	33	26	2	7	19	87	0,68
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Bahia	14.502.575	99	25	2	4	11	141	0,64
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	3	16	0,56
Minas Gerais	19.850.072	68	42	8	9	12	139	0,55
Tocantins	1.280.509	7	2	0	0	1	10	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	31	37	0	12	15	95	0,5
São Paulo	41.011.635	53	72	17	24	49	215	0,48
Pernambuco	8.734.194	15	17	1	4	10	47	0,46
Espírito Santo	3.453.648	7	7	0	1	3	18	0,42
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Pará	7.321.493	15	11	1	2	5	34	0,37
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	1	2	1	0	0	4	0,12
Brasil	189.612.814	660	388	41	105	200	1394	0,57

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008

Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Nota 2 - Parâmetros : Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20). (Brasil, 2009)

Anexo II**Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da EEUSP****UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br



São Paulo, 18 de agosto de 2009.

Ilm.^a Sr.^a

Martha Emanuela Martins Lutti Mororó

Ref.: Processo nº 831/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Integração equipe-território: possibilidade da construção de cuidados emancipadores”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo III (a)**Solicitação de autorização à Coordenadora de Saúde Mental de Diadema para realização da pesquisa:**

	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 Tel.: (011) 3061-7602 - Fax: (011) 3061-7615 São Paulo - SP - Brasil e-mail: enpee@usp.br	1934 2009 USP 75 ANOS
São Paulo, 16 de março de 2009.		
Prezada Senhora		
<p>Martha Emanuela Martins Lutti Mororó, aluna regularmente matriculada no curso de pós-graduação (Mestrado) em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP, sob nº USP: 6203932, solicita de V.Sa. autorização para aplicação de entrevista semi-estruturada com os profissionais dos CAPS para elaboração de Dissertação provisoriamente intitulada: "Integração Equipe e Território-Possibilidade da Construção de Cuidados Emancipadores", sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Luciana de Almeida Colvero.</p> <p>Saliento que todas as informações obtidas serão usadas única e exclusivamente pra fins acadêmicos, bem como, comprometo-me a não usar nomes de nenhum profissional dos CAPS.</p> <p>Agradecemos desde já a atenção e colaboração, e colocamo-nos á disposição para eventuais esclarecimentos.</p>		
Atenciosamente		
 Luciana de Almeida Colvero Professora Orientadora	 Martha Emanuela Martins Lutti Mororó Aluna	
<p>Il.^{ma} Sr.^a Sandra Lia Chiõro dos Reis Coordenadora de Saúde Mental do Município de Diadema</p>		

Anexo III (b)

Autorização da Coordenadora de Saúde Mental de Diadema para realização da pesquisa:

Unidade de Saúde
41C Dr. João Negro

Autorizo a aplicação
da pesquisa
solicitada a ser
realizada no
IAS deste.

Sandra Chini

Secretaria de Saúde - PMS
Pront. 17681
Coordenadora Saúde Mental
Dra. SANDRA CHINI
Coordenadora Saúde Mental
Pront. 17681
Secretaria de Saúde - PMS

05/05/09
05/05/09

Anexo IV**Autorização do Comitê de Ética da Escola de Saúde de Diadema**

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DIADEMA
SECRETARIA DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE

Diadema, 08 de setembro de 2009
MI 06/0144/2009 – ES

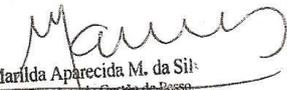
Ao
Gabinete
A/C. Sra. Aparecida Linhares Pimenta
Secretária de Saúde

Solicitamos autorização para início da coleta de dados referente ao trabalho acadêmico de pesquisa intitulado “ Integração Equipe e Território – Possibilidade da Construção de Cuidados Emancipados” - conclusão do curso de habilitação profissional da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof^a. Dr^a. Luciana de Almeida Colvero.

Informamos que o referido trabalho cumpre os requisitos necessários de pesquisas com seres humanos e tem relevância para o município.

Atenciosamente,


Tarcísio de Oliveira B. Braga
Coordenador
Escola de Saúde

147
De acordo

Marilda Aparecida M. da Silva
Coordenadora de Gestão de Pessoas
SMS/PMI - CRESS 28949



Anexo V**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:**

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de Pós – Graduação (Mestrado) em em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- EEUSP, sob nº USP: 6203932. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da Profª Dra. Luciana de Almeida Colvero, cujo objetivo é compreender as potencialidades e desafios dos profissionais no trabalho em equipe na perspectiva da construção do projeto terapêutico em CAPS III.

Os dados serão coletados a partir da técnica do grupo focal, em que serão realizadas discussões através de um roteiro previamente elaborado, que serão gravadas e posteriormente transcritas para análise do discurso. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico e, caso lhe interesse, me disponibilizo a apresentar-lhe os dados colhidos quando chegar o término do estudo.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador no fone: 9984 1457, ou no comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: 3061 7548.

Atenciosamente

Diadema, de _____ de 200

Martha Emanuela Martins Lutti Mororó- Aluna

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento:

Nome e Assinatura do Participante

Anexo VI

Roteiro para os Grupos Focais:

Duração- cerca de 1h e 30 minutos cada encontro.

Para o primeiro encontro:

Introdução:

- ➔ Apresentação do trabalho e seus objetivos
- ➔ Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela pesquisadora e participantes
- ➔ Preenchimento da Ficha de Identificação dos Entrevistados pelos participantes

Etapa I- Preparação:

- ➔ Apresentação dos participantes a partir de dinâmica de grupo
- ➔ Reflexão e escolha individual de um caso que os mobilizou no CAPS
- ➔ Reflexão e escolha grupal de apenas um destes casos sugeridos para ser aprofundado na próxima reunião

Para o segundo encontro:

Etapa II- Debate:

- ➔ Breve retrospectiva do grupo anterior a fim de lembrá-los da última conversa e iniciarmos com a discussão do caso escolhido pelo grupo.
- ➔ Discussão propriamente dita a partir do roteiro pré elaborado (anexo VII)

Etapa III- Encerramento:

- ➔ Esclarecimentos de dúvidas pendentes
- ➔ Identificação de sentimentos dos participantes em relação a algumas questões discutidas no grupo
- ➔ Exposição sintética pela pesquisadora da discussão promovida no grupo

Anexo VII**Roteiro para a condução do debate no grupo focal**

- ⇒ Quais as intervenções adotadas pela equipe no caso escolhido?
- ⇒ Estes procedimentos são considerados por eles, como próprios de um trabalho em equipe? Por quê?
- ⇒ Neste caso, alguma conduta seria realizada de maneira diferente por alguns deles? Por quê?

Anexo VIII**Identificação do Entrevistado:**

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação Profissional:

Área de Atuação:

Tempo de trabalho no CAPS:

Tempo de trabalho na Prefeitura Municipal de Diadema:

Experiência anterior no Trabalho em Saúde Mental: