UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANNA LUIZA MONTEIRO DE BARROS

CUIDAR EM LIBERDADE

O usuário cumprindo medida de segurança em CAPS III

São Paulo

2013

ANNA LUIZA MONTEIRO DE BARROS

CUIDAR EM LIBERDADE

O usuário cumprindo medida de segurança em CAPS III

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências
Área de concentração: Cuidado em Saúde
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sônia Barros

São Paulo

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO 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)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Monteiro de Barros, Anna Luiza

Cuidar em liberdade: o cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança em CAPS III / Anna Luiza

Monteiro de Barros. -- São Paulo, 2013.

158 p.

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sônia Barros

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Saúde Mental 2. Desinstitucionalização 3. Medidas de
Segurança 4. Políticas Públicas 5. Estudo de Caso 6. Código
Penal 7. Enfermagem I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Anna Luiza Monteiro de Barros

Título: CUIDAR EM LIBERDADE: O usuário cumprindo medida de segurança em
CAPS III

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em
Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que sofrem pela impossibilidade do
cuidado em liberdade*

AGRADECIMENTOS

Para minha família, pela disponibilidade, tolerância e amor com que me acompanharam no percurso:

meu filho, por sua existência;

meus pais, sempre um porto seguro;

meus irmãos queridos, companheiros e cúmplices da vida toda;

meus sobrinhos, pela alegria.

Para minha querida e especial amiga Ana Luisa Aranha e Silva, xará, referência bibliográfica e companheira de todas as horas, por todas as “experiências curativas”.

À equipe do CAPS II Itaim Bibi, por me receber no retorno do exílio do PAS, em especial à Bete Meola, por sua gestão democrática e comprometida.

À equipe do CAPS III Itaim Bibi, que sob a gestão de Ajax Peres Salvador, levou adiante os desafios na construção do serviço e sustentou o meu projeto.

A Cris Peter, pelos encontros, desencontros e reencontros.

Aos companheiros da Mini Equipe de Pinheiros, pelo trabalho cotidiano.

A Malu, por me ensinar a abrir caminhos onde parecia não haver rotas possíveis.

A Débora e Carol, por sua presença constante.

A Livia Gouveia, pela disponibilidade instantânea.

Aos professores Márcia Aparecida Oliveira, Luciana de Almeida Colvero e Divane de Vargas, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP), pelo apoio permanente, e a Betânia e Marcelo, da Secretaria do ENP, pela simpatia.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Políticas Públicas em Saúde Mental, Jussara, Jandro, Talita e Irma, pelo estímulo.

A todos os trabalhadores d'O Bar Bibitã, com que divido um sonho.

A Rose, por deixar tudo em ordem lá em casa.

Aos usuários do sistema público de saúde, com quem tenho aprendido sobre o cuidado, em todos esses anos como servidora pública.

A Fernanda Nicácio, pelas interlocuções valiosas.

E, muito especialmente, à Prof^a Dr^a Sônia Barros, pela orientação teórica e afetiva, pela motivação e apoio para tornar este trabalho realidade.

*Necessitamos pensar mais sobre as vidas reais dos pacientes
e sobre as vidas reais dos serviços*

Benedetto Saraceno. Libertando Identidades

Monteiro de Barros AL. Cuidar em liberdade: o cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança em CAPS III. [dissertação]. São Paulo. Escola de Enfermagem; 2013.

RESUMO

O cuidado em liberdade de pessoas cumprindo medida de segurança no contexto de um CAPS III, tema do presente trabalho, inscreve-se num ponto de tensão entre as concepções da Reforma Psiquiátrica brasileira e as questões pertinentes às pessoas em conflito com a lei. O tema não tem acúmulo de conhecimentos, conforme evidenciado pela pesquisa bibliográfica. Este estudo demonstra como um sujeito cumprindo medida de segurança é acompanhado num serviço comunitário de saúde mental e sustenta a argumentação do direito ao cuidado em liberdade. Os objetivos são: conhecer como um CAPS III da Cidade de São Paulo se organiza para cuidar de uma pessoa cumprindo medida de segurança e quais os efeitos do cuidado para a vida dessa pessoa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza o Estudo de Caso como procedimento metodológico para a apreensão e compreensão dos dados empíricos. O marco teórico que norteia este estudo é a desinstitucionalização como estratégia de produção de direitos. São 13 (treze) os sujeitos do estudo entrevistados utilizando-se a entrevista semi-estruturada. O material empírico submetido à análise temática resultou nas categorias empíricas: 1) Narrativa da história de vida do Emanuel; 2) Processos de Trabalho em Saúde Mental; 3) Dispositivo para o cuidado em liberdade: o CAPS; 4) A Necessária Formação do Trabalhador da Saúde Mental. Resultados: na análise temática dos discursos foram identificados o *objeto complexo do cuidado* e suas *necessidades*, os *agentes* dos distintos processos de trabalho, os *instrumentos* e as *finalidades* destes processos de trabalho, ou o *objeto transformado*, isto é, um sujeito atravessado, tocado e interferido pelo cuidado. O CAPS é o lócus onde os processos de trabalho se organizam para dar conta das necessidades do objeto de cuidado, utilizando como instrumentos de intervenção: escuta, afeto, grupos, pintura, atendimentos individuais, equipe de referência, conhecimentos técnicos, projeto terapêutico singular e o projeto de geração de trabalho e renda na perspectiva da Economia Solidária. Aspectos positivos e negativos do processo de trabalho aparecem nos discursos, que revelam como os sujeitos entendem o CAPS, a constituição do projeto institucional do serviço, como o avaliam, as ações intersetoriais que o caso demandou e as questões da interface com a Justiça. Identificou-se nos discursos dos agentes dos processos de trabalho a necessidade de formação para a prática cotidiana do cuidado e preocupação com a questão da violência: como intervir e como prevenir. As informações específicas das pessoas em conflito com a lei também são abordadas no discurso dos entrevistados que evidenciam grande lacuna nesta área. Depreende-se dos discursos que a construção do Projeto Terapêutico Singular neste serviço pauta-se na construção de estratégias que visam responder às *necessidades* das pessoas, conforme as diretrizes das políticas públicas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica brasileira. As pessoas em conflito com a lei apresentam uma necessidade que é específica, particular, de agenciamento de possibilidade de defesa. Outros sujeitos podem demandar outras necessidades e os serviços, para serem efetivos, têm que atender todo mundo: têm que saber agenciar recursos para quem chega.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Saúde Mental 2. Desinstitucionalização 3. Políticas Públicas 4. Medida de Segurança 5. Enfermagem 6. Estudo de Caso 7. Código Penal

Monteiro de Barros AL. Treatment in freedom. The Mental Health care after a plea of insanity. [master]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2013.

ABSTRACT

The care of people after a pleading insanity is made in freedom and can be done in a Mental Health Center (CAPS III), that is the theme of this master, and it's a tension point at the conceptions of the Brazilian Psychiatric Reform and people who have conflicts with the law. There's no enough and significant accumulation of knowledge about this theme as the bibliography shows. This study can be used to make understandable as a person after the plea of insanity is followed in a treatment system in a community service of mental health. The goals: to know how a Mental Health Center of the city of São Paulo is organized to take care of people after a plea of insanity and what are the effects for this person. It's a qualitative study that uses the Study of Case as methodological procedure for the apprehension and understanding of the empirical data. The theoretical reference that guides this study was the deinstitutionalization as strategy for the production of rights. The 13 (thirteen) people of the study were interviewed, using a interview semi-structured. The empirical material after thematic analyzes showed: 1) Narrative of Emanuel's life story; 2) work processes in mental health 3) A service for the treatment in freedom: the CAPS; 4) The necessary graduation of the worker in Mental Health. Results: In the Thematic Analyzes of the speech were identified: the complex *object of care* and its *needs*, the *agents of the distinct processes of work*, the *instruments* and its *purposes* of work processes: a person crossed, touched and interfered for the care. The CAPS is the setting where the *work processes* are organized to give support of the needs of this work object, and it uses instruments for intervention: as the listening, affection, groups, painting, individual consults, reference team, technic knowledge, Individual Therapeutic Projects and a project to generate employment and income in view of the Solidarity Economy. Positive and negatives aspects of the work process are also found in the speeches, what also shows that the people understand the CAPS, and the law of the institutional design of the service, such as assessing, the intersectoral actions demanded that are issues of interface with the justice. Were found in the speeches of the CAPS employees the need of studying to the daily practices of care and the concern with the violence matter: how the make an intervention and prevention. The specific information of people in debit with law are given also in the speeches of people that reveal a big gap in this area. People in conflict with the law have a *need* that is specific, particular, the possibility of defense. Other people can demand other needs and the services, for been effective, have to attend everybody: they need to be able to give resources for those arriving.

Key-Words 1. Mental Health 2. Deinstitutionalization 3. Public Policies 4. Plea of Insanity 5. Nursing 6. Study of Case 7. Criminal Code

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNSM - Conferencia Nacional de Saúde Mental

HCTP - Hospital de Custódia e tratamento Psiquátrico

PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar /Psiquiatria

PRH - Programa Anual de reestruturação da assistência Hospitalar Psiquiátrica

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SRT - Serviços residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	1
1. Processo histórico do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil	3
1.1 A especificidade da questão das pessoas em conflito com a Lei.....	10
1.2 Estado da Arte sobre o tema cuidar em liberdade de usuário cumprindo medida de segurança em serviço comunitário de saúde mental	18
2. Objetivos do estudo	22
3. Metodologia	23
3.1 Referencial teórico e categorias analíticas	23
a. Processos de desinstitucionalização como estratégias de produção de direitos.....	23
3.2 Tipo de estudo	27
3.3 Cenário do estudo	29
3.4 Sujeitos do estudo.....	33
3.5 Instrumentos, procedimentos de coleta e análise dos dados	36
4. Resultados.....	39
4.1 Narrativa da história de vida do Emanuel	39
4.2 Processos de trabalho em Saúde Mental.....	50
a. Quem são os <i>agentes</i> dos processos de trabalho	53
b. O <i>objeto</i> de intervenção dos processos de trabalho	56
c. Os <i>instrumentos</i> de intervenção.....	61
d. As <i>finalidades</i> dos processos de trabalho: objeto transformado	65

4.3	Dispositivo para o cuidado em liberdade: o CAPS	67
a.	CAPS como locus do cuidado de Emanuel.....	68
b.	A organização do cuidado no CAPS: estratégias clínicas e psicossociais	72
c.	Os efeitos do cuidado de um serviço comunitário na vida de Emanuel	76
4.4	A necessária formação do trabalhador da saúde mental	83
5.	Discussão.....	85
5.1	Narrativa da história de vida de Emanuel.....	85
5.2	Processos de Trabalho em Saúde Mental	96
5.3	Dispositivo para o cuidado em liberdade: o CAPS	110
5.4	A necessária formação do trabalhador da saúde mental	117
6.	Considerações e recomendações.....	123
7.	Referências	132
	Apêndices e Anexo	138
	Apêndice 1: Roteiro de entrevista - Gerente	
	Apêndice 2: Roteiro de entrevista - Usuário	
	Apêndice 3: Roteiro de entrevista - Técnicos	
	Apêndice 4: Roteiro de entrevista - Outros	
	Apêndice 5: Pedido de Autorização Institucional	
	Apêndice 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Técnicos	
	Apêndice 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Outros	
	Anexo 1: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	

Apresentação

O tema do presente trabalho – cuidar em liberdade – é um dos eixos fundamentais do processo de reformulação das políticas públicas e da reorientação das práticas dos serviços de atenção à saúde mental à luz das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No contexto de trabalho em um CAPS III da Cidade de São Paulo, a construção de estratégias para o cuidado em liberdade é uma prática cotidiana e desafiadora. A escassa produção teórica sobre o tema demonstra que o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira precisa de evidências quantitativas e qualitativas com relação à efetividade do cuidar em liberdade.

A trajetória do sujeito escolhido para este estudo – um rapaz em medida de segurança – permite conhecer algumas estratégias construídas para responder às complexas demandas colocadas por este usuário.

No momento em esse rapaz procurou o serviço e foi acolhido e ouvido, reconheceu-se que este encontro convocava instrumentos para atender às suas necessidades. Foi um encontro marcado e atravessado pela dor de alguém que, de enclausurado numa relação paralisante e mortífera, passou a réu, mas também se deparou com a abertura para se pensar sujeito. Os muros dessa relação se romperam diante do desfecho trágico dessa família. Esse sujeito começou a falar. Começou a ser ouvido.

A oportunidade de acompanhar a trajetória desse sujeito logo após a situação que o levou a julgamento, a morte da mãe, colocou, o serviço, frente a frente com o desafio de enfrentar como cuidar dele e ajudá-lo a construir novas possibilidades de viver.

O que mais inquietava diante das necessidades desse sujeito foi pensar que se não se articulassem estratégias que possibilitassem o seu acesso à garantia de seus direitos, ele seria encaminhado para um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, HCTP.

Paralelamente, a oportunidade de escrever e compartilhar saberes a partir da prática de cuidado em um serviço público também é instigante. Uma das fragilidades na sustentação das ideias propostas pela Reforma Psiquiátrica é que existe pouca documentação sobre as práticas que ocorrem nos serviços comunitários.

Como o trabalho desenvolvido neste serviço comunitário em particular, de fato, pode produzir novas experiências para as vidas das pessoas? Como validar a mudança de olhar sobre a loucura propostas pela Reforma Psiquiátrica? A produção de conhecimento aparece como um arsenal para o enfrentamento dos modelos de atenção ainda em disputa.

O interesse pela produção de um trabalho inscrito num programa de Pós-Graduação se justifica pela possibilidade de enfrentar uma mudança de lugar, ou seja, o lugar do não saber da posição da prática. Isto porque os profissionais dos serviços não são estimulados a produzir, a relatar e refletir, escrevendo sobre sua prática. Poder desenvolver um trabalho acadêmico desconstrói o lugar do não saber, da não apropriação da experiência prática. É uma oportunidade para legitimar e produzir conhecimento prático.

Pelo fato de compor uma equipe técnica de um serviço comunitário, pretende-se, com este estudo, ampliar as possibilidades de intercâmbio de conhecimento, fortalecer a prática cotidiana e apresentar elementos que possam contribuir para os avanços, enfrentamento de dificuldades e contradições na construção desse novo modo de atenção em saúde mental.

1. Processo histórico do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a partir da Lei 10.216, de abril de 2001, e mais especificamente desde 2002, o processo de redução de leitos psiquiátricos e desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação tornou-se política pública, por meio de normatizações do Ministério da Saúde.

Esse processo havia se iniciado em 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, com a inclusão das ações de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, SUS, indicando o atendimento à saúde mental nos serviços da rede extra-hospitalar.

O Estado de São Paulo, com destaque para as cidades de São Paulo, Santos e Campinas, se mostrou inovador com relação ao contexto da assistência à saúde mental, com a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS, de São Paulo, e os Núcleos de Atenção Psicossocial, os NAPS de Santos, regulamentados pelas Portarias nº 189/1991 e 224/1992, tornando-os parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas iniciativas influenciaram de forma decisiva os demais Estados da Federação na perspectiva da re-estruturação dos serviços de saúde mental (Barros; Bichaff, 2008).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que reorienta o modelo assistencial baseado nas concepções e práticas centradas na doença e no hospital psiquiátrico, para uma rede substitutiva de serviços de base territorial comunitária foi a maior conquista do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (Brasil, 2004a).

Uma conquista que assegura direitos e propõe a estruturação de estratégias de cuidado que devem levar em conta as necessidades das pessoas com transtorno mental. Cidadãos esquecidos, emudecidos em sua subjetividade, impedidos de exercer sua cidadania e restringidos em sua autonomia pela marca da periculosidade e imputabilidade.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento social complexo e tem como objetivo e estratégia a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico e na doença, e a proposição de novas estratégias de cuidado, que tenham como eixo de organização do trabalho a inclusão social, a produção de autonomia e cidadania das pessoas com transtornos psíquicos.

A trajetória deste movimento no Brasil e o panorama da implantação das políticas públicas do cuidado em saúde mental e garantia de direitos, tendo a promulgação da Lei 10.216/2001 como referência, tem sido descrita por diversos autores.

Para tecer um percurso histórico do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é interessante pensar em uma periodização composta de trajetórias que permitem uma visualização de percursos que se sobrepõem. Consensualmente entre os autores da Reforma Psiquiátrica, o processo teve início no final da década de 70, com a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 1998).

O primeiro período pode ser identificado como a “trajetória alternativa” e tem como contexto histórico o final dos anos da ditadura militar e do milagre econômico e o início da retomada democrática.

Nesse contexto o MTSM aparece como protagonista ao denunciar a situação trágica das instituições psiquiátricas, relacionadas ao descuido e violência com os pacientes e às precárias condições de trabalho. Amarante (1998) identifica esse como o momento em que se inicia o pensamento crítico sobre as práticas médicas e a utilização da psiquiatria como instrumento de controle social.

Nesse sentido, “a violência das instituições psiquiátricas é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda a espécie” (Amarante, 1998). Há também, neste momento, a influência do processo da Reforma Italiana, com a aprovação da Lei 180 de 1978, conhecida com Lei Basaglia, que estabelece o fim dos hospitais psiquiátricos e reorganização do sistema de cuidado de saúde mental.

Em 1979 merece destaque o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, que apontou a crise do sistema de saúde do país e a necessidade de democratização da sociedade para sua superação. Foi quando se apresentou, pela primeira vez, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e também um texto que propunha o debate sobre a assistência psiquiátrica (Nicácio, 2003; Brasil, 2006; Amarante 1998).

O segundo momento é o da “trajetória sanitarista”. O final da década de 1980 foi marcado por movimentos que exigiam a redemocratização do país. Em 1985, com a eleição indireta de um presidente não militar desde 1964, iniciou-se o

período chamado de Nova República, conhecido como o marco inicial do encerramento do período militar. Em 1986, com a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, o movimento sanitarista cresceu e ganhou representatividade por meio de profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, articulados em torno da luta pelo direito à saúde.

A sistematização de conhecimentos sobre as críticas ao modelo assistencial com foco na organização do sistema de saúde foi o núcleo do que se denominou Reforma Sanitária (Brasil, 2006). Nos anos da década de 1980, o movimento sanitário intensificou a luta pelo estabelecimento de políticas públicas de saúde. Pautava-se em noções de cidadania plena e controle social, com proposta de universalização dos direitos (Brasil, 2005).

Apesar do contexto político desfavorável, o movimento sanitário, por sua organização, consistência e trajetória possibilitou que a VIII Conferência de Saúde se realizasse em Brasília, em 1986, marcada pela participação de aproximadamente 5.000 (cinco mil) pessoas representantes de diversas entidades da sociedade civil. Essa Conferência é considerada um marco deste movimento e, a partir daí, o termo Reforma Sanitária passou a se referir “ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde” (Fiocruz, 2012).

Como desdobramento da VIII Conferência de Saúde aconteceu, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que marcou o início do terceiro movimento, o da “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” (Amarante, 1998).

Mesmo mantendo sua identidade com o movimento sanitário, o movimento da Reforma Psiquiátrica foi marcado por uma natureza menos institucionalizante que o da reforma sanitária, “seja pela natureza do tipo de instituição, seja por um não-abandono absoluto às origens do seu pensamento crítico”, mantendo-se “voltado para a questão da transformação do ato de saúde, papel normalizador das instituições e, portanto, da desinstitucionalização como desconstrução” (Amarante, 1998).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental estruturou-se a partir de três eixos básicos:

- Economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental;
- Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental.

O Relatório dessa Conferência

propunha a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços, a definição de uma política de recursos humanos para o setor, a reformulação da legislação ordinária, além de enunciar recomendações à Constituinte (Barros, Egry, 2001).

Durante a I Conferência de Saúde Mental foi indicada a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru em dezembro de 1987, quando o lema “Por uma sociedade sem manicômios” é adotado pelo movimento. O lema implicava a sociedade como um todo para a necessidade de se questionar o manicômio como lugar de referência do (des)cuido das pessoas com sofrimento mental.

Este Congresso instituiu o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, 18 de maio e uma nova discussão: os direitos de cidadania dos loucos de todo gênero (Delgado, 1992; Nicácio, 2003).

Delgado (1992) afirma que

a reforma psiquiátrica brasileira reivindica a cidadania do louco. Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas – também teóricas, bastante novas, a Reforma insiste num argumento originário: os “direitos” do doente mental, sua cidadania. Por trazer à cena, como sujeitos (cidadãos), aqueles que são seus clientes, a dimensão dominante da Reforma deixa de ser técnico-administrativa, para constituir-se em enigma teórico. Um imprevisível político (Delgado, 1992).

Esse momento pode ser identificado,

por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (Amarante, 1998).

A trajetória da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da desinstitucionalização, mesmo que muitas vezes referida a desospitalização, que inclui a redução de leitos e tempo de internação, foi marcada pela implantação de novos serviços, estratégias e concepções sobre o cuidado em saúde mental, como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, e a intervenção, com repercussão nacional, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, já relatados acima.

Essas experiências deram consistência e suporte para, em 1989, ser apresentado o Projeto de Lei 3.657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT – MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Lei que ficou 12 anos “em discussão”, até a aprovação do seu texto final em 2001.

É de se notar que, as questões específicas dos Hospitais de Tratamento e Custódia e das medidas de segurança aplicáveis às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei e consideradas inimputáveis não foram abordadas claramente na Lei 3.657/89, porque estes equipamentos não são da responsabilidade do Ministério da Saúde e a discussão sobre sua efetividade já indicava a necessidade de políticas intersetoriais.

Esse período de 12 anos, marcado por debates com relação ao texto da Lei, com posições favoráveis e contrárias às propostas da Reforma Psiquiátrica, demonstra

o conjunto de conflitos presentes no processo, expressaram as forças em jogo e, ao mesmo tempo, simbolizaram a luta pela reforma psiquiátrica e pela superação dos manicômios (Nicácio, 2003).

Assim a Reforma Psiquiátrica pode, então, ser definida como um

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005).

O Ministério da Saúde vem direcionando as políticas públicas no sentido do enfrentamento da questão relativa à redução de leitos em hospitais psiquiátricos (por meio de processos de desinstitucionalização responsável), a estruturação dos serviços substitutivos, programas de inclusão social e incentivos financeiros para sua efetivação e o debate sobre a população em conflito com a Lei.

Com relação aos processos de desinstitucionalização, produção de direitos de cidadania e ampliação das ações de inclusão social, destacam-se as seguintes normativas, destacadas em ordem cronológica:

- Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT – Portaria GM/MS nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 e Portaria GM/MS nº 1220 de 07 de novembro de 2000;
- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria – instituído em 2002 por normatização do Ministério da Saúde. Trata-se de um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais conveniados e públicos, avaliação que passou a ser sistemática realizada por três técnicos de campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo. É um dispositivo fundamental para a política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar psiquiátrica. Não estão incluídos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por não serem gerido pelo SUS e sim por órgãos da Justiça;
- Expansão dos serviços como CAPS e definição de financiamento, por meio da Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002;
- Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de Álcool e Outras Drogas, instituído pela portaria GM/816, de 30 de abril de 2002.
- Programa de Volta para Casa. Lei 10.708 de 2003 que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;
- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, de 2004, cuja estratégia é promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (de 240 a 600 leitos);
- Programas de inclusão social pelo trabalho – Saúde Mental e Economia Solidária, com o cadastro nacional dos empreendimentos econômicos solidários no CIST, incentivo financeiro para os municípios, por meio da Portaria GM 1169, de 07 de julho de 2005;
- Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS – estabelecido pela Portaria nº 3089 de 23 de dezembro de 2011.

- Supervisão institucional.
- Incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS – portaria nº 132 de 26 de janeiro de 2012 e define como componente Reabilitação Psicossocial as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.
- Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS – instituído pela portaria nº 276, de março de 2012 com objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde.
- Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012 – altera a tabela de Procedimento, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do sistema único de Saúde – é nessa portaria que aparece a possibilidade de registro das ações que compõe os projetos terapêuticos singulares e outras ações de construção e fortalecimento de redes de atenção feitas pelos profissionais dos serviços.

Tais iniciativas dão suporte à implantação das políticas públicas no âmbito do governo federal, no Ministério da Saúde, mas o processo de desinstitucionalização, base das concepções da Reforma Psiquiátrica, tem que se fortalecer na oferta de bons serviços, na construção de uma prática realmente inclusiva no âmbito dos serviços, ou seja, no nível local, dos Municípios.

Como a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo e amplo de restituição de direitos de cidadania, e um dos desafios é enfrentar essa situação construindo práticas concretas nos serviços, que possibilitem a ampliação do espaço de troca, de relação, de circulação e de superação da condição de excluído, a construção e consolidação de dispositivos que produzem mudanças concretas na representação social da loucura, ainda marcada pela ideia de periculosidade e incapacidade para a vida comunitária, é fundamental, pois

a verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto (existência-sofrimento em relação ao corpo social (Rotelli, 2001).

1.1 A especificidade da questão das pessoas em conflito com a Lei

No campo das ações relacionadas às pessoas em conflito com a Lei, desde a promulgação da Lei 10.216/2001, vários debates e normatizações vêm ocupando a cena política e legislativa nacional, na perspectiva da consolidação da garantia de acesso aos direitos básicos dessas pessoas.

Com relação ao tema deste estudo, cuidar em liberdade, recorte pelo qual é o cuidar em liberdade de pessoas em medida de segurança no contexto do Sistema Único de Saúde, destaca-se algumas proposições:

- Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei 10.216/2001. Realizado na Câmara dos Deputados em novembro de 2001, promovido pelo Ministério da Saúde e Câmara dos Deputados. O foco principal do seminário foi o tema da internação psiquiátrica involuntária (IPI). Nas Considerações Finais ficou indicada a necessidade de envolver os profissionais da saúde na notificação, acompanhamento, controle e revisão da IPI, da revisão das interdições já realizadas pelo INSS e novos dispositivos para as futuras interdições, além do enfrentamento das questões relativas ao louco infrator, principalmente com relação à periculosidade presumida e à inimputabilidade, que são a base das medidas de segurança e as colocam como “prisões perpétuas” (Brasil, 2001b).
- III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social. O tema principal desta Conferência foi a reorientação do modelo assistencial. Com relação ao tema deste estudo em particular, o Relatório indicou que a Reforma Psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses e que as questões específicas do portador de doença mental infrator devem ser discutidas com as diferentes áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos, e outras) no sentido da garantia de direitos de responsabilidade, reinserção social e assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001a).

- Seminário Nacional de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) – promovido pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, respectivamente pela Coordenação Nacional de Saúde Mental/CNSM, a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário/SISPE – realizado em julho de 2002 em Brasília, foi concebido e orientado pela compreensão de que somente a co-responsabilização e o diálogo entre os vários atores envolvidos na problemática da inimputabilidade e da medida de segurança, poderiam estabelecer diretrizes e consensos para a reorientação dos HCTPs. Este seminário indica um consenso sobre a compreensão de que o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida a medida de segurança (Brasil, 2002).
- Parecer do Conselho Federal de Psicologia - O Novo Direito dos Portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001. Em resposta à indagação do CFP sobre a constitucionalidade da aplicação de medida de segurança, instituída pelo Código Penal Brasileiro, Decreto Lei nº 2848 de 1940, o Parecer dos Constitucionalistas aponta o caráter inconstitucional da aplicação da medida de segurança após aprovação da Lei 10.216/2001 (Carvalho Netto, Mattos, 2005).
- I e II Encontros Nacionais sobre o atendimento a pessoas em medida de segurança, realizado em 2012, promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) e pela Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional, (SISPE), que visou reunir subsídios para garantir o atendimento em saúde a pessoas em medida de segurança estejam elas ou não internas em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, HCTP¹.
- IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Consta no Relatório Final, no Eixo III, dos Direitos Humanos e Cidadania, como desafio ético e intersetorial (item 618), a proposta da articulação entre os serviços de saúde mental e os órgãos de justiça e direitos humanos para atendimento e acompanhamento aos usuários de saúde mental no fortalecimento de seus direitos (Brasil, 2011a).
- Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001, elaborado em maio de

¹ O I e II Encontros Nacionais sobre o atendimento a pessoas em Medida de Segurança foram realizados em 2010 em Brasília.

2011, por uma comissão multidisciplinar para realizar análise da legislação penal e Lei de Execução Penal, LEP, no tocante ao cumprimento das medidas de segurança, tanto ambulatorial quanto em HCTPs à luz da Lei 10.216/2001 para ser apresentado em audiência pública em 20/06/2011 (Musse, 2011).

O conteúdo desses materiais aponta, em sua totalidade, para a revisão do ordenamento jurídico com relação às pessoas com transtornos psíquicos em conflito com a lei e adequação dos dispositivos de cuidado para essa população.

Alguns movimentos já foram feitos nesse sentido:

- Resolução 113, de 20 de abril de 2010, do Conselho Nacional de Justiça. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução da pena privativa de liberdade e de medida de segurança. Resolve no Artigo 14 sobre medida de segurança: a sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança será executada nos termos da Lei 7.210, de 11 de julho de 1984, da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, da Lei de Organização Judiciária local e da presente Resolução, devendo compor o processo de execução, além da guia de internação ou de tratamento ambulatorial, as peças indicadas no Artigo 1º desta Resolução, no que couber.
- Resolução nº 4 de 30 de julho de 2010 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução da medida de segurança. Recomenda a adoção de política antimanicomial no que tange a esta população, observando os princípios da Lei 10.216.
- Censo nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico 2011. O estudo identificou 3.989 homens e mulheres vivendo em regime de clausura para tratamento psiquiátrico compulsório por determinações judiciais: um contingente temido, pois são indivíduos tidos como perigosos para a vida social. Entretanto, o estudo mostra que o diagnóstico psiquiátrico de sofrimento mental não é o que determina a periculosidade de uma pessoa. Os principais resultados são: - No *campo psiquiátrico*: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. Há uma concentração populacional de esquizofrênicos o que deve indicar um filtro de entrada pelas perícias psiquiátricas, mas não uma periculosidade inerente a esse grupo. Indivíduos com diferentes diagnósticos psiquiátricos cometem de forma semelhante mesmas infrações penais. Média de

atraso para laudos psiquiátricos: 10 meses, sendo que a legislação determina até 45 dias; média de atraso para exames de cessação de periculosidade: 32 meses, sendo que a legislação determina a cada 12 meses. A presença de 606 indivíduos internados há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a pena relativa ao ato infracional cometido, e a identificação de 18 indivíduos internados há mais de 30 anos são indicativos de graves violações de direitos. A recidiva específica para homicídio é de 1% no total da população e de 5% no total da população em medida de segurança, o que contesta a hipótese da grave periculosidade penal do louco. No *campo social* o perfil da população internada em medida de segurança representa a desigualdade do país: indivíduos negros, com baixa escolaridade, periférica inserção no mundo do trabalho, sem vínculos familiares. Há uma concentração de 12 homens para cada mulher, o que torna a situação das mulheres ainda mais dramática dado o perfil do crime cometido por elas e a baixa presença populacional para a garantia de direitos. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são instituições híbridas de confinamento penal e internação psiquiátrica, abrigam indivíduos pobres, analfabetos, negros e em sofrimento mental. A periculosidade não é demonstrada pelos diagnósticos psiquiátricos nem pela trajetória criminal dos indivíduos. A reforma psiquiátrica dos anos 2000 não atingiu os HCTPs: a loucura ainda é mantida sob encarceramento para a proteção social. O principal direito violado é o direito a estar no mundo. Esses são indivíduos em regime de abandono perpétuo².

A revisão de documentos e publicações, sobre o tema do direito ao cuidado em liberdade, revela algumas iniciativas práticas com relação à mudança de enfoque na atenção a essa população:

² A pesquisa foi realizada no Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, presidida pela médica Cássia de Castro. A coordenadora geral da pesquisa foi a antropóloga Debora Diniz, professora da Universidade de Brasília e pesquisadora do Anis. A entidade co-executora foi a Universidade de Brasília. O estudo completo foi publicado no livro *Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. A pesquisa apresenta dados nacionais e por instituição como a população total, população em medida de segurança, população temporária, proporção entre mulheres e homens, infrações penais mais comuns, população internada por instituição, indivíduos internados há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração cometida, indivíduos internados há mais de trinta anos, quem são as vítimas dos indivíduos que cometeram crimes contra a vida, média de espera por laudos e exames de cessação de periculosidade. Outros centros e institutos de pesquisa atuaram como consultores e especialistas em diferentes etapas da pesquisa, tais como: IPUB/UFRJ; IBCCRIM; Ministério Público Federal; UERJ; Fiocruz; MPDFT; Justiça Federal; e MPGO. Fonte: www.portal.saude.gov.br publicada em 08.05.2013

- Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAI – PJ. Experiência mineira. Este Programa foi implantado em 2001, tem por função a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à rede pública de saúde e à rede de assistência social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental (Barros-Brisset, 2010).
- Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, PAILI. Experiência goiana. Este Programa foi instituído em outubro de 2006 seguindo a proposta elaborada pela 25ª Promotoria de Justiça de Goiânia, que teve fundamento nas disposições humanizadoras da Lei nº 10.216/2001. Desde então, o PAILI é o órgão responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás. O PAILI assume a relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, mas submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial, como medida de segurança. Com o PAILI, o SUS passa a ser o espaço democrático de atendimento a esses pacientes e muda o paradigma na execução das medidas de segurança, fazendo com que a questão deixe de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública para ser acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública. Em 2010 o Programa promoveu a atenção integral de 124 (cento e vinte e quatro) pessoas submetidas à medida de segurança (Silva, 2010a).
- Projeto Qorpo Santo. Experiência de Porto Alegre, RS. O nome do projeto é uma homenagem ao dramaturgo e poeta gaúcho José Joaquim Campos Leão (1829-83). Iniciado em março de 2007, trata-se de um Projeto coletivo e interinstitucional que se propõe a construir alternativas de desinstitucionalização e extinção de medida de segurança para pacientes internados há muitos anos no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. O nome (Mello, 2010).
- Experiência extra-oficial em Brasília – Proposta de Ressocialização com pacientes masculinos com transtornos psiquiátricos – Experiência com início em 2002 com a proposta de reinserção social dos pacientes da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) de uma penitenciária de Brasília. O público-alvo inicial

foram os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizofrênico, que estava há mais de cinco anos reclusos e com grave problemática psicossocial. Iniciou com uma parceria entre o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, Vara de Execuções Criminais do Distrito Federal (VEC), Seção Psicossocial da VEC (SEVEC) e o trabalho voluntário do médico psiquiatra Ulysses Rodrigues de Castro, que realizava atendimentos semanais na ATP. Construiu-se uma parceria com o Centro de Atenção Psicossocial/Instituto de Saúde Mental (CAPS/ISM) para responsabilização do cuidado dessas pessoas. A reintegração social desses pacientes iniciou com o fim da medida de segurança, através da cessação de periculosidade com base em exames realizados pela equipe de psiquiatria e psicologia do Instituto Médico Legal (IML). Apesar do programa existir desde 2002 ainda não está regulamentado juridicamente (Castro, 2009).

Entretanto, com relação à aplicação de *medida de segurança* é necessário levar em conta, principalmente, duas noções que as sustentam: *imputabilidade* e *periculosidade*.

O Código Penal brasileiro é de 1940, com a parte geral modificada em 1984, passou a aplicar a medida de segurança para os inimputáveis e semi-imputáveis considerados perigosos. Com relação à noção de *inimputabilidade* comenta Delmanto sobre o Artigo 26 do Código penal Brasileiro:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento [...] a imputabilidade é a capacidade da pessoa em entender que o fato é ilícito e de agir de acordo com esse entendimento. A inimputabilidade é uma das causas da exclusão de culpabilidade. Há o entendimento de que o crime persiste, mas não se aplica pena. A partir do momento que é declarada a inimputabilidade não há uma condenação, o sujeito é absolvido, mas fica sujeito a medida de segurança. É requisito para aplicação de medida de segurança a coexistência de prática de fato típico punível e periculosidade (Delmanto, 2010).

No campo do direito a natureza do homem ocupa lugar de referência com relação à organização das práticas punitivas. O Código Penal francês de 1810 foi influenciado pela ideias de Pinel afirmando que a demência anula o crime.

Essa ideia da periculosidade associada a loucura levou as legisladores, no início do século XX, a definirem

uma medida de proteção social específica para casos onde os agentes do crime fossem doentes mentais. E diante da noção de periculosidade o direito formula um mecanismo especial para tratar o indivíduo perigoso, separando-o da sociedade até cessar a sua periculosidade, em nome da defesa social (Barros-Brisset, 2011).

Essa nova tecnologia de controle desses casos é a medida de segurança.

São duas as espécies de medida de segurança definidas no Artigo 96 do Código Penal Brasileiro:

- I – Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
- II – Sujeição a tratamento ambulatorial.

O Código Penal também define que o prazo para a internação ou para o tratamento ambulatorial de pessoas submetidas à medida de segurança fica indeterminado e sujeito à avaliação de cessação da periculosidade realizada por perícia médica, em prazo estipulado pelo juiz.

Por outro lado, as iniciativas apresentadas acima indicam e concretizam estratégias para o fortalecimento de processos de desinstitucionalização das pessoas em HCTPs e problematizam também sobre a realização de perícia médica realizada por profissionais distantes da realidade do cotidiano dessas pessoas e não implicados com os serviços responsáveis pelo cuidado (serviços comunitários ou HCTPs).

Daí que é possível identificar dois movimentos para o enfrentamento dessa questão: um de desconstrução dos HCTPs e outro de abertura de espaço e sustentação do cuidado das pessoas com transtornos psíquicos em conflito com a lei nos serviços comunitários.

São movimentos complexos que implicam em revisões das normativas, formação de recursos humanos, adequação dos serviços comunitários, acesso à defensoria pública, entre outros.

Destaca-se a reflexão de Haroldo Caetano da Silva, sobre a implementação do programa PAILI em Goiás

se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar. Eis o argumento elementar levado a mesa de discussões. Muda-se o paradigma. A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública (Silva, 2009).

E segue na argumentação:

não será a cadeia, tampouco o manicômio, o destino desses homens e dessas mulheres submetidos à internação psiquiátrica compulsória. A imagem do sofrimento e da exclusão dos imundos depósitos de loucos – ainda recente na memória dos goianos e presente em outros cantos do país – não tem mais espaço nesta época de proteção aos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos psiquiátricos. Será o Sistema Único de Saúde o espaço democrático de atendimento a esses pacientes (Silva, 2009).

Algumas resoluções jurídicas mais recentes indicam que os serviços de saúde mental podem receber pessoas em conflito com a lei, egressas de HCTPs. Essa é uma das perspectivas do cuidado em liberdade dessas pessoas, de processos de desinstitucionalização responsável e conseqüente. Resta perguntar como estão sendo cuidadas.

Nessa perspectiva, o objeto deste estudo é a forma de organização de um serviço comunitário, público, de saúde mental para o cuidado de pessoas em medida de segurança.

1.2 Estado da Arte sobre o tema cuidar em liberdade de usuário cumprindo medida de segurança em serviço comunitário de saúde mental

A pesquisa bibliográfica sobre o tema do cuidado de usuários de saúde mental cumprindo medida de segurança foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período dos últimos 05 anos (2006 a 2011).

Descreve-se a seguir o caminho da pesquisa bibliográfica, os descritores e a análise do material encontrado.

Com relação aos descritores *desinstitucionalização* e *saúde mental* 173 artigos foram encontrados. A leitura dos resumos permitiu identificar na literatura brasileira 31 (trinta e um) artigos que não abordam diretamente o tema da pesquisa, mas abordam temas como: história da reforma psiquiátrica, 06 (seis) artigos; desinstitucionalização, 01 (um) artigo; Serviço Residencial Terapêutico/SRT, 09 (nove) artigos; Centro de Atenção Psicossocial 05 (cinco) artigos; gestão/financiamento, 04 (quatro) artigos; profissões específicas, como trabalho da Terapia Ocupacional e Psicólogo no contexto da reforma psiquiátrica, 04 (quatro) artigos; saúde mental na atenção primária, 02 (dois) artigos.

Na literatura internacional 25 (vinte e cinco) artigos não abordam o tema específico, mas se referem à reforma dos serviços de saúde na Europa (Inglaterra, Reino Unido, Alemanha, Hungria, Itália, Noruega, Áustria, Finlândia, Grécia e um multicêntrico), na Ásia (China e Israel), Oceania (Austrália), África (África do sul, Botsuana e Angola) e Américas (Estados Unidos e Argentina).

Com relação a artigos que abordam parcialmente a questão das pessoas em *medida de segurança* no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira identificou-se na literatura nacional 01 (um) livro, que versa sobre o Censo Psicossocial no Estado de São Paulo (Barros e Bichaff, 2008), e 02 (dois) artigos, um sobre a desconstrução do Instituto Psiquiátrico Forense no Rio Grande do Sul (Missaggia, 2010) e outro sobre internação compulsória (Fortes, 2010).

Os 41 (quarenta e um) artigos desprezados da literatura nacional e os 53 (cinquenta e três) da internacional abordam temas como: planos de saúde, famílias, gerenciamento de caso, mortalidade em pacientes psiquiátricos, serviços

comunitários, outros transtornos, pacientes internados em hospital de custódia, hospitalidade crônica, outras profissões, Serviço Residencial Terapêutico e outros, conceituais, sobre Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização. Os repetidos são 14 (quatorze) na literatura nacional e 02 (dois) na internacional.

Os descritores *desinstitucionalização* e *reforma dos serviços de saúde mental* forneceram 49 (quarenta e nove) artigos do período delimitado para a pesquisa. A totalidade dos artigos já constava do universo anterior.

Para os descritores *desinstitucionalização* e *centro de atenção psicossocial* encontrou-se 07 (sete) artigos que também já constavam na busca anterior. O mesmo se repetiu com os 09 (nove) artigos encontrados usando os descritores *desinstitucionalização* e *direitos humanos*, com os 02 (dois) artigos encontrados com os descritores *desinstitucionalização* e *medidas de segurança*, assim como, com o único artigo usando *desinstitucionalização* e *imputabilidade* e *desinstitucionalização* e *direito penal*.

Procurando uma aproximação com o tema seguiu-se a pesquisa usando os descritores *saúde mental* e *imputabilidade* e encontrou-se 04 (quatro) artigos: um sobre o enfrentamento da questão com relação ao fechamento dos hospitais psiquiátricos judiciais (Venturini, 2010), outro de um advogado criminalista sobre a contradição da legislação com relação ao portador de sofrimento mental infrator (Mattos, 2010), um terceiro sobre uma experiência concreta, o Projeto Qorpo Santo, de construção coletiva de alternativas de desinternação e de reinserção na comunidade para os paciente com longa internação cumprindo medida de segurança no Instituto Psiquiátrico Forense, IPF, em Porto Alegre/RS e reconhecimento do paciente judiciário como cidadão, usuário de sistema de saúde e sujeito de direitos (Mello, 2010) e outro sobre as pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e os desafios na implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário com relação a efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (Batista e Silva, 2010).

Com os descritores *saúde mental* e *medida de segurança* destacam-se 02 (dois) artigos sobre o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, PAILI, uma experiência concreta que permite delinear os limites e possibilidades de construir ações e serviços de saúde para a população com transtornos psíquicos em medida de segurança (Silva, 2010a; Silva, 2010b).

Os descritores *medida de segurança e imputabilidade* forneceram apenas 02 (dois) artigos já contemplados nas buscas anteriores.

Curiosamente não apareceu, em nenhuma das buscas com os descritores já mencionados, o trabalho de uma experiência concreta com relação às pessoas cumprindo medida de segurança desenvolvido no estado de Minas Gerais. Realizou-se, então, finalizando o levantamento bibliográfico, a busca usando o descritor: políticas públicas e a palavra-chave louco infrator e encontrou-se um artigo que descreve o impacto da implantação do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental, PAI – PJ, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que tem por função a oferta de acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal, promovendo o acesso à rede pública de saúde e à rede de assistência social (Barros-Brisset, 2010).

Duas dissertações de mestrado indicadas por professores das disciplinas cursadas na Pós-Graduação abordam o tema. Um trabalho aborda o estudo da periculosidade e as formas de controle social que são ativadas por esta noção na atualidade (Matsuda, 2009) e a outra dissertação analisa as experiências que formulam e constituem o controle penal da loucura no contexto atual (Dornelles, 2012).

O documentário de 2009 “A Casa dos Mortos” com direção, roteiro e pesquisa etnográfica de Débora Diniz, retrata a realidade do HCTP de Salvador (BA)³. O documentário aborda três histórias e três destinos trágicos e lamentáveis de internos do HCTP e problematiza a violência aos direitos humanos e o desafio do enfrentamento dessa questão para reforma psiquiátrica.

O levantamento bibliográfico aponta para o problema de como estão sendo cuidadas as pessoas em medida de segurança fora dos HCTPs.

Os artigos e relatos apontam para a possibilidade dessas pessoas serem acompanhadas nos serviços comunitários de saúde mental, como os CAPS, mas não há descrições sobre as estratégias usadas para esse cuidado e a repercussão no cotidiano das práticas nos serviços.

O enfrentamento e o desafio diante do problema de como cuidar das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei nos serviços comunitários pressupõe

³ Disponível em www.acasadosmortos.org.br Acessado em 02 de setembro de 2013.

uma leitura e uma análise críticas, à luz do ordenamento jurídico e das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, dos conceitos de periculosidade e imputabilidade e a abertura de espaços efetivos nos serviços para cuidar dessa população, pois “os serviços que põem em prática uma desinstitucionalização incompleta revelam-se indisponíveis, ao contrário dos serviços que se baseiam em uma desinstitucionalização de fato” (Venturini, 2010).

Ou seja, esta foi uma das motivações para a realização desta pesquisa, isto é, a intencionalidade de expor uma experiência prática de cuidado construído junto com uma pessoa cumprindo medida de segurança num serviço comunitário de atenção à saúde mental, condizente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e disseminar os resultados dessa experiência.

As demais motivações dizem respeito ao processo de identificação das necessidades e das estratégias de cuidado inventadas por trabalhadores do serviço comunitário de saúde mental que são específicas para as pessoas que cumprem medida de segurança e que estão envoltas num momento de fragilidade e de discriminação porque têm que lidar com os desdobramentos do seu ato e as dores e as consequências dele.

Em síntese, são muitas as questões trazidas por uma prática tão recente: quem é esse sujeito que surge das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica? Qual sua singularidade e que necessidades demanda? Os novos serviços estão se organizando para dar conta desse sujeito? Como se organizam?

A realização de um estudo que tem como finalidade contribuir com a discussão sobre a real possibilidade de cuidar em liberdade de pessoas cumprindo medida de segurança no contexto dos serviços comunitários, organizados a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, parece ser de fundamental importância.

2. Objetivos do estudo

Admitindo a premissa de que o cuidado em liberdade de pessoas cumprindo medida de segurança é, ainda, tema de discussão nos serviços e pouco analisada para que se torne fundamento para construção de políticas públicas intersetoriais, que garantam a efetiva proteção de direitos humanos fundamentais e constitucionais, os objetivos deste estudo são:

- a. Descrever a organização do serviço para cuidar de um usuário cumprindo medida de segurança em um CAPS III em São Paulo;
- b. Compreender os efeitos desse cuidado para esse sujeito.

3. Metodologia

3.1 Referencial teórico e categorias analíticas

a. Processos de desinstitucionalização como estratégias de produção de direitos

No contexto das práticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, há uma “dificuldade de denominar o que se faz, de comunicar o que vem sendo transformado, de construir formas de compreensão para as mudanças substantivas que operam”, que “as inovações que vêm sendo produzidas parecem não ter sido suficientemente articuladas do ponto de vista teórico, de novas formas de conceitualização, problematização e compreensão” (Nicácio, 2003).

O conceito de desinstitucionalização contribui para um alinhamento teórico sobre o tema. Este conceito vem sendo empregado principalmente de duas formas: como referência ao processo de desospitalização e como um campo teórico.

São as proposições da desinstitucionalização, como campo teórico, formuladas a partir da experiência italiana (Gorizia e Trieste) de transformação e superação do manicômio no cuidado das pessoas com transtorno mental (que têm em Franco Basaglia e em Franco Rotelli os principais autores de referência), o eixo teórico que interessa a este estudo.

Desta perspectiva, o conceito de desinstitucionalização é tomado como um processo complexo de “negação/superação/invenção, que se dá a partir do interior da instituição psiquiátrica” e propõe a reconstrução da “complexidade do objeto deslocando o foco da doença e cura para a emancipação e a singularização” das pessoas (Rotelli, 2001; Nicácio, 2003).

Seguindo a construção das formulações basaglianas, esse processo exigiu uma profunda ruptura no conjunto de relações em torno do funcionamento do manicômio na experiência triestina (e que é um desafio atualmente para os serviços comunitários brasileiros), uma contínua “luta contra a institucionalização interna”, e paralelamente também o enfrentamento da “institucionalização externa”, que busca envolver a população da cidade evitando o efeito negativo da projeção do trabalho para fora dos muros do manicômio (Nicácio, 2003).

Para Nicácio (2003), os principais atores desse processo de transformação são os profissionais que podem efetivamente transformar as relações com os pacientes, com a instituição e com a comunidade.

Assim, as bases conceituais da desinstitucionalização são essenciais para sustentar as propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Reabilitação como Cidadania e são centrais para o processo de negação/superação/invenção das práticas e dos saberes com relação à loucura.

A reabilitação como cidadania toma o lugar de estratégia, como um processo que implica na abertura de espaços de negociação para o usuário, família, comunidade e serviços. Não é uma técnica, mas uma postura (Saraceno, 1999).

A desinstitucionalização “é, sobretudo, um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos”. Pressupõe desconstruir a ideia de solução-cura e entender que “cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento” (Rotelli, 2001).

Desta forma, compreende-se que o conceito da desinstitucionalização é uma referência teórica central para a Reforma Psiquiátrica brasileira nos estudos relacionados ao delicado e fronteiro campo dos direitos dos usuários infratores, porque pode orientar novas atitudes e práticas, uma vez que produz

noções, conceitos e proposições que abrem novas possibilidades e enuncia novos pressupostos para pensar a prática e os saberes com relação ao cuidado em saúde mental, contribuindo, assim, para pensar o que se faz, como e para quê se faz (Nicácio, 2003).

Por esta razão, optou-se por fundamentar esta pesquisa no conceito desinstitucionalização, na perspectiva da reabilitação como cidadania, duas referências teóricas fortes no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A reabilitação como cidadania pressupõe entender as noções de cidadania e autonomia. Ou, de outra forma, a reabilitação como cidadania parte da crítica à “reabilitação que consistiria em um percurso do paciente, desde a des-habilidade até a habilitação” porque sustenta que não existem as des-habilidades nem as habilidades “em si mesmas”.

Ou seja, não existem desabilidades

descontextualizadas dos complexos conjuntos de determinantes constituídos pelos lugares onde se dão as intervenções, pelas organizações dos serviços, pelas interações com as estruturas sanitárias e sociais de um território, pelos recursos colocados em campo (Saraceno, 1999).

A reabilitação, nesse sentido, é definida por Saraceno como

um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (Saraceno, 1999).

A questão prática colocada para a reabilitação como cidadania é como um sujeito “fraco”, excluído, pode entrar na dinâmica da negociação e como os serviços deveriam se estruturar para mudar as regras do jogo, “de modo que o objetivo não seja aquele de fazer com que os fracos deixem de ser fracos para poder estar em jogo com os fortes e sim que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e interesses” (Saraceno, 1999).

Com relação às estratégias de cuidado, os serviços precisam inventar e sustentar no cotidiano interno e externo, o acesso a direitos e fundamentalmente, acesso ao exercício do direito, porque desta perspectiva, reabilitar é criar

as condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma maneira, participar do processo de trocas sociais. Produzir dispositivos em que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa-se passar por experimentações, mediações, que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio. Ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível, proposto (explícito) (Kinoshita, 2001).

Para o autor, o desafio diante da desmontagem do manicômio, o lugar de troca zero, é não “estacionarmos em um patamar de assistência humanizada, mais tolerante, eventualmente mais belo, porém igualmente excluída e desvalida” e neste novo cenário, como nos casos dos serviços comunitários, no Brasil, “a reabilitação como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia” torna-se fundamental (Kinoshita, 2001).

A organização dos serviços e a postura e formação dos profissionais tem papel fundamental porque a relação entre profissionais e usuários pode determinar ou não a possibilidade do aumento do seu poder contratual, assim como a capacidade de elaborar projetos que incluam “ações práticas que modifiquem as condições

concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se” (Kinoshita, 2001), ou seja, a produção de autonomia.

Autonomia aqui entendida como propõe Kinoshita (2001), isto é,

como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas (Kinoshita, 2001).

Sendo assim a autonomia pode ser entendida “como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências” (Campos, Onocko Campos, 2006).

O outro conceito norteador para a construção das estratégias de cuidado em um serviço comunitário de saúde mental, na perspectiva da reabilitação como cidadania no contexto das políticas públicas do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira é o de cidadania.

Este estudo toma como referência o conceito formulado por Dallari (1998), entendendo cidadania como

um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social (Dallari, 1998).

A Reforma Psiquiátrica brasileira define como horizonte um árduo processo de restituição de direitos de cidadania para as pessoas com transtorno mental. A referência ao resgate da cidadania dos usuários dos serviços comunitários, assim como dos pacientes dos Hospitais Psiquiátricos e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico foi abordada em todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental e medidas para que esses direitos se efetivem aparecem em todos os relatórios.

A questão relativa ao seqüestro de direitos e cidadania das pessoas em medida de segurança, dentro ou fora dos manicômios judiciários, só recentemente ganhou evidência com a proposição de medidas concretas para o seu enfrentamento.

As noções de autonomia e cidadania tomadas neste estudo como categorias analíticas são compreendidas como “as que retêm, historicamente, as relações sociais

fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos mais gerais” (Minayo, 2010).

Entende-se que as essas noções possibilitam ao pesquisador “encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações” (Minayo, 2010) e contribuir para a análise dos dados propostos para este estudo.

São conceitos tomados como categorias essenciais para nortear a compreensão desse “novo objeto”: não mais o doente mental diferente / perigoso / incomodo / excluído – mas um cidadão de direitos.

3.2 Tipo de estudo

Esta pesquisa inscreve-se no campo da pesquisa qualitativa por tratar-se de

estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (Minayo, 2010).

Uma importante característica da atividade de pesquisa social é a “do acabado provisório e do inacabado permanente” que é própria de sua relação com o contexto histórico (Minayo, 2010). A autora também salienta que a produção de conhecimento é atravessada por “interesses e visões de mundo historicamente construídos” (Minayo, 2010).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o Estudo de Caso como procedimento metodológico para a apreensão e compreensão dos dados empíricos.

O Estudo de Caso investiga, a partir da inquirição empírica, o fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real e toma o objeto de estudo em uma unidade dentro de um sistema mais amplo, com o objetivo de compreender uma instância singular da realidade, historicamente situada (Yin, 2001; Marinho, 2009).

O Estudo de Caso é indicado quando:

1. As questões “como” ou “por que” são propostas;
2. O investigador tem pouco controle sobre os eventos;
3. O enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real (Yin, 2010).

O Estudo de Caso é sempre bem delimitado, tendo contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. Suas características fundamentais são:

1. visa à descoberta;
2. enfatiza a interpretação em contexto;
3. busca retratar a realidade de forma completa e profunda;
4. usa uma variedade de fontes de informação;
5. revela experiência vicária e permite generalizações naturalísticas (Lüdke, Meda, 1986; Marinho, 2009).

Na estratégia de pesquisa por meio do Estudo de Caso

busca-se, criativamente, apreender a totalidade de uma situação – identificar e analisar a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso – e, de maneira engenhosa, descrever, discutir e analisar a complexidade de um caso concreto, construindo uma teoria que possa explicá-lo e prevê-lo (Martins, 2008).

Com relação às críticas a essa abordagem metodológica do estudo de caso único

os critérios para torná-lo digno de expressividade, significância, enfim, qualidade, são extremamente rigorosos. Os autores são unânimes em apontar dois critérios fundamentais do planejamento e da execução de uma pesquisa científica com qualidade: confiabilidade e validade (Martins, 2008).

Com relação a questão da validação e da a confiabilidade dos dados de uma pesquisa qualitativa 04 (quatro) critérios são indicados:

conferir a credibilidade do material investigado, zelar pela fidelidade no processo de transcrição que antecede a análise, considerar os elementos que compõe o contexto e assegurar possibilidade de confirmar posteriormente os dados pesquisados (Neves, 1996).

O tema do presente trabalho inscreve-se num ponto de tensão entre as concepções da Reforma Psiquiátrica e as questões pertinentes às pessoas em conflito com a lei. O tema proposto ainda é pouco pesquisado e não se tem um acúmulo significativo de conhecimentos.

Portanto, este Estudo de Caso pode ser utilizado, ao mesmo tempo, para entender a forma como um sujeito com tais peculiaridades é acompanhado num serviço comunitário de saúde mental e para sustentar a argumentação do direito ao cuidado em liberdade.

3.3 Cenário do estudo

O serviço onde se desenvolvem as ações em análise nesta pesquisa é um Centro de Atenção Psicossocial, CAPS III, do Município de São Paulo.

Foi implantado como tal em julho de 2009, em parceria com uma Organização Social, de acordo com a política de gestão de serviços de saúde na cidade implantada na gestão Serra (2004-2008).

Era um Hospital Dia desde os anos de 1990, e foi credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPS II em 2003, conforme Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002.

O serviço está localizado na Sub-Prefeitura de Pinheiros, na Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste da Cidade de São Paulo, na Supervisão Técnica de Saúde Lapa-Pinheiros.

O CAPS III é responsável por cobertura de assistência de aproximadamente 289.743 habitantes dos Bairros de Pinheiros, Alto de Pinheiros, Brooklin, Itaim Bibi, Jardim Paulista e Vila Madalena segundo dados do Portal da Prefeitura de São Paulo (IBGE, 2010).

As características do território onde o CAPS está localizado são compatíveis com condições favoráveis de vida da população (bom saneamento básico, bom grau de escolaridade da população, baixo nível de violência, acesso a bens e serviços) exceto da população residente nas áreas das favelas, dos cortiços e a que está em situação de rua (é a terceira maior do Município).

O crescimento populacional da região ocorre por aumento do número de domicílios e não por nascimentos. Há também uma tendência a diminuição do número de pessoas por domicílio (Meola, 2004; Ballan, 2010; Souza, 2011).

No entanto, a população usuária do serviço exibe significativas dificuldades para acessar os recursos sócio-culturais disponíveis no território e necessita de muito investimento e acompanhamento para responder às necessidades da vida cotidiana (Meola, 2004; Ballan, 2010; Souza, 2011).

O CAPS III tem como atribuições:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica; Programa de Saúde da Família, PSF; Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PACS;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (Brasil, 2004b).

Em 2013 a forma de registro e informação das atividades realizadas nos CAPS por meio da Autorização para Procedimento de Alto Custo / Complexidade, APACs, foi substituída por

- a) Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, RAAS, com um formulário próprio para a saúde mental;
- b) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado, BPA/I, que inclui as informações sobre acolhimento inicial;

- c) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado, BPA/C, que inclui informações relativas aos procedimentos que se constituem em ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado⁴.

O instrumento está em fase de implantação e aprimoramento.

O serviço em questão acompanha 270 (duzentos e setenta) usuários ativos registrados como RAAS e 45 (quarenta e cinco) em avaliação, registrados como BPA/I, num total de 315 (trezentos e quinze) usuários acompanhados, incluindo 08 (oito) moradores do Serviço Residencial Terapêutico, população em situação de rua e acolhidos em casas de convivência (albergues) (2013).

O atendimento aos usuários do serviço é organizado segundo critério territorial em duas mini equipes, conforme a Unidade Básica de Saúde, UBS, de referência.

Uma mini equipe é responsável pela referência das UBSs Meninópolis, e Magaldi e outra mini equipe é referência para as UBSs Alto de Pinheiros, UBS/ESF Joaquim Manuel Pêra, CS-I Pinheiros, CS-E Geraldo Paula Souza.

O serviço é o local onde o usuário em questão é acompanhado desde 2004.

Os recursos humanos têm a característica particular de contar com profissionais da administração direta, estatutários, e outros contratados pela instituição parceira em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas, CLT.

A gestão do serviço é feita por um profissional da administração direta.

A equipe, atualmente, é composta por:

4 Nota Técnica nº 42/2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Quadro 1. Recursos Humanos do CAPS III. Setembro de 2013.

CATEGORIA	PMSP	O.S. PARCEIRA	HORAS/SEMANA
Gerente	01		40 horas
Assistente Social	01	01	30 horas /cada
Auxiliar de Enfermagem	03	15	PMSP – 30 horas
			O.S. – 40 horas
Auxiliar técnico Administrativo	01	03	40 horas
Enfermeiro	-	06	40 horas
Farmacêutico	-	01	40 horas
Médico especialista	02*	04	20 horas cada
Médico Clínico	01	-	20 horas
Psicólogo	03	03	40 horas
Técnico de Farmácia	-	04	40 horas
Terapeuta Ocupacional	01**	03	30 horas
Total	13	40	Total geral: 53

Fonte: Secretaria de Administração do Serviço. 2013

*Atualmente uma psiquiatra em licença sem vencimento

**Atualmente uma TO em função na Coordenação de Saúde do Município de São Paulo

O serviço conta ainda, como recurso para ampliar a circulação e o cuidado no território, com um carro e um motorista contratados pela instituição parceira. Os serviços de alimentação, portaria, lavanderia e limpeza são de responsabilidade de empresas terceirizadas e atendem às necessidades do serviço.

O CAPS se organiza cotidianamente com equipes multiprofissionais de coordenação de período compostas, preferencialmente, por profissionais das duas mini equipes de referência. A equipe de coordenação de período é responsável pelo acompanhamento geral do serviço: ambiência, reconhecimento e acompanhamento de necessidades dos usuários e/ou do serviço e pelo acolhimento.

Como um serviço de portas abertas o acolhimento ocorre, diariamente, por agendamento ou procura espontânea.

Prioriza-se que o usuário seja acolhido por pelo menos um profissional da mini equipe de referência responsável pelo cuidado da área de abrangência do seu local de moradia.

No acolhimento, prioritariamente realizado por dois profissionais, procura-se identificar as necessidades que trouxeram o sujeito ao serviço, compreender o contexto de vida que o levou a procurar o serviço e iniciar a construção de um vínculo de confiança. Na sequência esse acolhimento é relatado e discutido na reunião da mini equipe de referência do usuário, que acontece semanalmente, e combinados os encaminhamentos necessários e possíveis até aquele momento.

Entende-se que é no processo de construção do projeto terapêutico singular que as necessidades se tornam presentes e se atualizam. A partir daí, os profissionais de referência construirão, junto com o usuário, o projeto de cuidado.

O serviço é o locus de execução do Termo de Cooperação Técnica, didática e Científica firmado entre a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da Secretária de Saúde da cidade de São Paulo e a Área Temática de Enfermagem em Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo desde 2004.

O serviço recebe estagiários, alunos de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem da USP, da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. É também cenário de ensino teórico prático do Programa de Educação pelo Trabalho, o PRO-PET Saúde Mental 2012-2014, para a formação interprofissional de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde brasileiro⁵.

3.4 Sujeitos do estudo

O universo do estudo é composto por uma combinação de atores que estão envolvidos diretamente com a vida deste sujeito, protagonista deste Estudo de Caso, quais sejam:

⁵O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Tem como fio condutor a integração ensino-serviço e como pressuposto a educação pelo trabalho. Disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes da graduação da área da saúde, é uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) em implementação no país desde 2005.

1. O gerente do serviço, como fonte de informação sobre a estrutura organizacional e projeto institucional do serviço;
2. O próprio sujeito;
3. Os trabalhadores do serviço que têm uma intervenção próxima do sujeito:
 - 02 (dois) da Mini equipe de Referência do sujeito, os profissionais de referência, que são responsáveis diretos pelo acompanhamento terapêutico do usuário; a pesquisadora compõe esta equipe.
 - 02 (dois) profissionais, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem, que compõem o coletivo de trabalho de um Projeto de Geração de Trabalho e Renda na perspectiva da Economia Solidária do qual o sujeito compõe o coletivo de trabalhadores.
 - 01 (uma) auxiliar de enfermagem responsável por uma Oficina de Pintura, de interesse do sujeito.
4. Outros atores foram indicados pelo sujeito:
 - 10 (dez) pessoas: desse universo não foram realizadas 03 (três) entrevistas, 01 (uma) por recusa e 02 (duas) por falta de disponibilidade dos entrevistados no prazo estipulado para tal.

Descreve-se a seguir, a caracterização da população entrevistada. Os dados pertinentes para a análise encontram-se no Processos de trabalho em saúde mental.

Quadro 2. Caracterização dos entrevistados, com exceção do próprio sujeito e do gerente do serviço, por sexo e idade. 2013

FAIXA ETÁRIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
21-30 anos	02	01	03
31-40 anos	02	01	03
41-50 anos	-	-	-
51-60 anos	04	01	05
61-70 anos	01	-	01
TOTAL	09	03	12

Fonte: Entrevistas com os participantes do estudo. 2013

Quadro 3. Caracterização dos entrevistados que trabalham no CAPS, com exceção do gerente por cargo e função e tempo no serviço. 2013

CARGO OU FUNÇÃO	SIGLA	QUANTIDADE	TEMPO NO SERVIÇO
Auxiliar de enfermagem	ET1	01	03 anos e meio
Auxiliar de enfermagem	ET2	01	11 anos
Enfermeira	ET3	01	04 anos
Auxiliar de enfermagem	ET4	01	04 anos
Psiquiatra	ET5	01	01 ano e 10 meses
TOTAL		05	

Fonte: Entrevistas com os participantes do estudo. 2013

Quadro 4. Caracterização dos entrevistados outros, por formação profissional. 2013

Cargo ou função	SIGLA	QUANTIDADE
Psiquiatra	EO1	01
Enfermeira	EO2	01
Terapeuta Ocupacional	EO3	01
Sem formação profissional	EO4	01
Advogado	EO5	01
Sem formação profissional	EO6	01
Técnico de farmácia	EO7	01
TOTAL		07

Fonte: Entrevistas com os participantes do estudo. 2013

De acordo com Minayo (2010), uma amostra qualitativa ideal “é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” e o pesquisador “deve preocupar-se com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão” (Minayo, 2010).

As frases temáticas que ilustram os resultados e a análise estão identificadas com siglas correspondentes a cada grupo dos sujeitos da pesquisa, a saber:

- Usuário: EU
- Técnicos: ET – os agentes do processo de trabalho
- Outros: EO – os sujeitos indicados por Emanuel

Organizou-se a apresentação dos resultados e da discussão levando-se em conta o universo dos sujeitos do estudo.

A Narrativa foi composta pelos discursos do usuário (EU), dos discursos dos técnicos (ET) e discurso dos outros (EO), além de observações da própria pesquisadora.

Na categoria empírica Processo de Trabalho em Saúde Mental considerou-se apenas os discursos dos sujeitos que são os técnicos do serviço, *os agentes do processo de trabalho* (ET).

Nas categorias empíricas: o Dispositivo para o cuidado em liberdade: o CAPS, e A necessária formação do trabalhador da Saúde Mental, considerou-se os discursos dos técnicos (ET) e dos outros (EO).

3.5 Instrumentos, procedimentos de coleta e análise dos dados

O estudo utilizou um Roteiro de Entrevista Semi-estruturada para cada categoria de informante:

- a. 01 (um) para o gerente (Apêndice 1);
- b. 01 (um) para o usuário (Apêndice 2);
- c. 01 (um) para as referências do usuário da Mini-equipe de Referência, para os técnicos que compõe o coletivo de trabalhadores do Projeto de Geração de Trabalho e Renda e da oficina de interesse do usuário (Apêndice 3); e
- d. 01 (um) para os outros atores indicados pelo usuário (Apêndice, 4).

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, CEP-EEUSP e da Prefeitura do Município de São Paulo, a aprovação encontra-se no Parecer Consubstanciado do CEP da Plataforma Brasil, ambos filiados ao Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) (Anexo 1).

Após a aprovação pelos CEPs foi solicitada Autorização para Coleta de Dados à Autoridade Sanitária da área (Apêndice 5).

A coleta dos dados aconteceu no período de 02 (dois) meses entre abril e maio de 2013.

Cada Instrumento de Coleta de Dados foi elaborado para colher dados de caracterização dos informantes e propor questões disparadoras com a finalidade de alcançar os objetivos do estudo, uma vez que o instrumento é também “um roteiro para guiar uma conversa com finalidade, visando compreender o ponto de vista dos sujeitos/objetos da pesquisa” (Minayo, 2010).

Inicialmente foram esclarecidos aos sujeitos da pesquisa os objetivos, o caráter voluntário de sua participação, a garantia de sigilo de suas respostas e pedido o preenchimento dos Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos, TCLE (Apêndices 6 - técnicos e 7 - outros).

As entrevistas foram gravadas resguardando a privacidade dos entrevistados e só foram realizadas após assinatura do TCLE, garantindo que o entrevistado poderia desistir de contribuir com a pesquisa no momento que desejasse.

A análise dos dados foi feita após transcrição das falas gravadas, destacando dos discursos as informações relativas aos objetivos propostos.

O material foi submetido à Técnica de Análise Temática, que tem como objetivo compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas.

Segundo Minayo “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto” e fazer uma análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (Minayo, 2010).

Para operacionalizar a Análise Temática Minayo (2010) propõe 03 (três) etapas: Pré-análise; Exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e Interpretação.

Os dados foram submetidos a inúmeras leituras até chegar aos temas e às categorias empíricas. Ainda para Minayo, “para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (Minayo, 2010).

Os resultados apresentados foram analisados à luz dos objetivos propostos para o estudo e, dessa forma, espera-se poder contribuir para conhecer como um serviço comunitário de saúde mental se organiza para cuidar de um sujeito

cumprindo medida de segurança e compreender os efeitos desse cuidado para esse sujeito.

Os resultados foram estruturados segundo os dados colhidos. A primeira parte dos Resultados se encontra no Item 4.1:

4.1 Narrativa sobre da história de vida de Emanuel: elaborada a partir da fala do sujeito, do material dos discursos produzidos pelos informantes da pesquisa e das observações e anotações da pesquisadora.

As 03 (três) Categorias Empíricas resultantes da Análise Temática constam no Capítulo 4. Dos resultados, conforme os Itens a seguir:

4.2 Processos de trabalho em saúde mental

4.3 Dispositivo para o cuidado em liberdade: o CAPS

4.4 A necessária formação do trabalhador da saúde mental

O presente estudo pode contribuir com a discussão sobre a real possibilidade do cuidado em liberdade - para pessoas cumprindo medida de segurança - nos serviços comunitários de saúde mental que são organizados a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, tornando publico o relato desta experiência.

4. Resultados

4.1 Narrativa da história de vida do Emanuel

Essa narrativa foi construída com relatos do próprio usuário sobre sua história, enriquecida com os fragmentos dos discursos e frases temáticas que relatam as percepções dos entrevistados sobre Emanuel e sua história e com as observações e os dados que a pesquisadora construiu nesses nove anos de acompanhamento como referência dele no CAPS.

A palavra narrativa é definida no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001) como:

ação, processo ou efeito de narrar, narração. 1. exposição de um acontecimento ou de uma série de acontecimentos mais ou menos encadeados, reais ou imaginários, por meio de palavra ou de imagem. 2. conto, história, caso. 3.o modo de narrar (Houaiss, 2001).

As demais acepções apresentadas no dicionário referem-se ao contexto literário. Toda narrativa apresenta alguns elementos fundamentais:

- Enredo: os fatos da história (O quê?)
- Personagens: quem viveu os fatos (Quem?)
- Tempo: quando aconteceram os fatos (Quando?)
- Lugar: onde aconteceram os fatos (Onde?)
- Narrador: elemento que estrutura a história (Gancho, 2006).

Ainda, segundo Roland Barthes (1976)

inumeráveis são as narrativas do mundo. Há em primeiro lugar uma variedade prodigiosa de gêneros, distribuídos entre substâncias diferentes, como se toda matéria fosse boa para que o homem lhe confiasse suas narrativas: a narrativa pode ser sustentada pela linguagem articulada, oral ou escrita, pela imagem fixa ou móvel, pelo gesto ou pela mistura ordenada de todas estas substâncias (Barthes, 1976).

As narrativas compõem os mitos, as lendas, as fábulas, os contos, as novelas, os filmes, as peças de teatro, as notícias de jornal, os gibis, as pinturas, entre outros. E sobre narrativas, Barthes acrescenta que

sob estas formas quase infinitas, a narrativa está presente em todos os tempos, em todos os lugares, em todas as sociedades; a narrativa começa com a própria história da humanidade; não há, não há em parte alguma, povo algum sem narrativa (Barthes, 1976).

Uma comunicação narrativa tem uma função de troca: entre doador da narrativa e um destinatário da narrativa e não pode haver narrativa sem narrador e sem leitor (Barthes, 1976).

Por esta pesquisa tratar-se de um estudo de caso avaliou-se pertinente apresentar uma narrativa sobre o contexto de vida do sujeito do estudo.

Emanuel e sua vida são o fio condutor para as reflexões.

A narrativa foi tomada como estratégia de apresentação de resultados por se considerar que o contexto de vida do sujeito desse estudo fornecia dados para acompanhar o caminho percorrido no processo de construção do cuidado dele no CAPS e, também, para refletir sobre a condição específica das pessoas em conflito com a lei que conseguem chegar aos serviços substitutivos.

Emanuel (significa Deus conosco e foi mentor de Chico Xavier), nome escolhido pelo sujeito para ser chamado na dissertação, tem 37 anos e nasceu em São Paulo em abril de 1978.

Quando nasceu morava com os pais e avós maternos. Sua avó morreu em um acidente de carro, que era conduzido por seu pai, quando tinha sete meses e o avô quando ele tinha menos de dois anos. Seguiu morando com o pai e a mãe em um bairro de classe média da cidade em uma casa herdada pela mãe. Concluiu os estudos em escolas públicas da região. Como atividade extra-escola frequentou cursos de idiomas, tendo especial interesse pela língua italiana.

Sua mãe, filha única, apresentava problemas mentais desde a adolescência e isso sempre foi percebido por Emanuel:

EUF9: ela, minha mãe tinha problema psiquiátrico desde os 15, e desde que eu me entendo, assim, ela sempre foi doente, sempre teve problemas mentais

Após a morte dos avós morou com os pais num contexto cheio de conflitos. O cuidado com a mãe ficou por conta do pai de Emanuel até sua morte por problemas do coração quando ele tinha 17 anos. O pai frequentemente se ausentava de casa e deixava Emanuel como responsável pelos cuidados com a mãe. Durante esse período teve duas filhas com outra mulher, com quem Emanuel não mantém uma relação de proximidade.

EUF10: meu pai ele era ausente, não ficava em casa

Ele fala com bastante emoção da relação conflituosa com a mãe e da dificuldade em cuidar dela:

EU11: eu ficava junto com ela e nossa situação começou a ficar estranha porque a gente [...] eu tinha que cuidar dela, mas eu achava que ela que tinha que cuidar de mim

EU12: foi difícil pra mim viver com a doença dela, com os problemas dela

A relação com o pai sempre foi conturbada, e ele é descrito pelo próprio usuário e por familiares como uma pessoa agressiva e intransigente. O ambiente familiar foi marcado por situações de violência do pai tanto com relação ao Emanuel como na relação a sua mãe, segundo expressam as frases temáticas de familiar.

EO16: Sempre, sempre, desde pequenininho, sempre, fechadinho, ali, foi muito judiado, porque o pai era de um temperamento muito forte, e o pai via nele a delicadeza

EO17: Quando a mãe teve internada a minha preocupação era que judiasse dele, que o pai batesse muito nele, como realmente uma vizinha me contou que estava feio o negócio, então ele foi muito judiado, muito jogado

A mãe passou por várias internações psiquiátricas, o que gerava preocupação nos familiares, como colocado na frase temática do único familiar indicado pelo sujeito entrevistado.

EO17: Quando a mãe teve internada a minha preocupação era que judiasse dele, que o pai batesse muito nele, como realmente uma vizinha me contou, que estava feio o negócio, então ele foi muito judiado, muito jogado

Emanuel avalia que a convivência conturbada com a mãe contribuiu para que ele tivesse “problemas psicológicos” (SIC) conforme ilustrado pelos trechos abaixo.

EU13: isso foi me ocasionando também problemas pra mim, psicológicos, que eu sentia, também, que tava aguentando junto com ela

EU14: ao invés de cuidar dela a gente entrava em atrito, né, em brigas

Esse contexto de brigas expôs essa família a interferências dos vizinhos que chamavam, sistematicamente, a polícia para intervir. E assim, durante muitos anos,

instalou-se, nessa família, um itinerário que incluía: agressões, denúncia dos vizinhos, intervenção da polícia, encaminhamento do usuário para prontos socorros psiquiátricos e internações psiquiátricas e internação da mãe em hospitais psiquiátricos. E quando os dois retornavam para casa as cenas se repetiam. O itinerário continuou até a morte da mãe em dezembro de 2013.

EUF15: toda vez que eu brigava com ela, que tinha brigas aí a minha vizinha chamava a polícia, e aí me levavam para o pronto socorro e aí de lá eles me mandavam para o hospital fechado

Nesse itinerário Emanuel passou por instituições da saúde, da justiça, da educação, mas de uma forma ou de outra nunca foi tomado efetivamente como *objeto de cuidado*.

A dificuldade em ser acompanhado, realmente ser reconhecido, ouvido, como *objeto de cuidado* em outros serviços aparece em algumas falas:

EO6F11: Quando ele me disse que tinha vindo pra cá (CAPS) eu fiquei muito contente porque eu tentei colocá-lo em outros lugares e ele não frequentou, isso com a mãe viva

EUF8: foi um pedido de socorro, só que um pouco já tarde, né, porque eu acho que deveria ter encontrado o serviço antes de todo acontecimento

Emanuel tem uma percepção clara sobre a qualidade de atendimento oferecido pelos serviços de saúde mental, em particular pelos profissionais médicos que o atenderam:

EUF19: quer dizer, eles achavam que eu não tinha problema psiquiátrico, que outros acham que eu tinha por agredir ela

EUF20: eles, então, falavam: você não tem problema, você é uma pessoa ... você é um sem vergonha, que bate na mãe

EUF21: e outros falavam você não tem nada, você tá de alta, o medico falava tá de alta

E de como não conseguia ser ouvido pelos serviços que procurou como alguém que fazia parte de uma relação familiar conflitiva, angustiante e produtora de fragilidades:

EUF22: eles não davam atenção para o problema que eu tava passando com a minha mãe, porque eu não estava mais em condições psicológicas de ficar ao lado dela, cuidando dela, né, e ela tava requerendo cuidados

EUF18: eu entrei, contei a minha história e foi a primeira vez que me ouviram (no serviço atual) porque todas as outras passagens que eu tive nos CAPS, né, os médicos não davam importância pra o problema que eu tava passando com a minha mãe

Emanuel não teve possibilidade nem suporte para poder cuidar e refletir sobre o contexto que se estabeleceu na conflituosa relação familiar.

EUF16: eu não sei o que ocasionava porque que eu ficava bravo com ela e agente brigava e eu não entendo porque que agente tinha esses conflitos

Com relação à rede social de suporte de Emanuel, um dos entrevistados comenta sobre a restrição, pobreza e vulnerabilidade:

EO6F2: Mais ou menos [...] assim nas festas, nas tradicionais, não que ele passe comigo não, mas eu vou, na páscoa, natal, aniversário e cada dois meses

EO6F3: agora eu telefono pra ele com frequência maior, a gente conversa por telefone, não digo que é toda semana, não, mas cada um mês e pouco, dois meses, aí eu marco, vou até a casa dele, a gente conversa um pouquinho, ele me coloca as coisas que estão acontecendo

EO6F5: é essa convivência, não digo que é diária nem semanal, mas a gente procura estar conversando sim, sempre

EO6F9: eu me preocupei e muito, porque ele é um ser humano, não tem ninguém, ninguém, ninguém na família, a família muito pequena, os antepassados já todos morreram

EO6F14: Ele é um bebe, pode-se dizer, um bebe com 19 anos que já tava quando a mãe morreu, era um bebe, ou mais ... 28, 28, né, porque com 17 foi o pai, é 28. Era um bebe porque ele não ia à padaria sozinho, só ia até a escola, quando estudava e voltava pra casa, não fazia mais nada, então ele não tem ninguém e, além disso, os poucos que tem existe pouca ajuda

Emanuel é descrito como uma pessoa que sempre foi fechada, com pouca autonomia, imaturo. E nesse sentido o entrevistado valoriza sua iniciativa de buscar ajuda, de procurar o CAPS:

EO6F10: Quando ele veio sozinho e quero ressaltar bem, não fui eu que procurei e vi aqui a casa não, foi ele sozinho ... O CAPS, ele veio sozinho

EO6F12: então quando ele veio e começou o tratamento com a ajuda da vizinha, aquela senhora, a D. L. dá uma ajuda muito forte pra ele e então eu fiquei bem mais tranquila

EO6F13: Foi esse o momento crucial, né. Ai eu vi que ele começou a andar com as próprias pernas, né, coisa que ele não sabia andar

EO6F15: pra uma pessoa que não tem todo esse problema é tão fácil você procurar uma clínica, um hospital, mas pra uma pessoa que tem, foi um passo muito grande

Também é descrito como alguém com muita dificuldade em estabelecer relações de confiança, o que reforça a valorização no vínculo estabelecido com o serviço:

EO6F26: a gente não sabe porque ele não confia na outra pessoa, esse medo que ele tem de perder o pouco que ele tem, ele não confia que o outro que está fazendo isso por ele, é realmente sem interesse, é muito difícil [...] Agora o porquê? Ele deve ter suas razões. Deve ter lá atrás razões muito fortes pra não confiar, por tudo que foi judiado, por tudo que passou

EO6F28: agora, do momento que ele se viu sozinho, sem ninguém, que ele vem procurar uma ajuda e ele compra essa ajuda, então um pouquinho, acho, que ele confiou nesse trabalho, né, nesse trabalho ele confiou

A dificuldade em estabelecer relações de confiança repercute na vida de Emanuel. O processo do inventário da morte de seu pai e de sua mãe arrasta-se por muitos anos e a responsabilidade jurídica vem passando de advogado em advogado, mas sem conclusão.

Os profissionais de referência que acompanham o processo de cuidado de Emanuel no CAPS fizeram algumas propostas e agenciamentos que pudessem contribuir com essa questão, mas Emanuel apresenta muita dificuldade em estabelecer relações de confiança com os advogados. Com isso vive uma situação de precariedade com relação à administração de seus bens: a casa onde mora e mais dois imóveis alugados com contratos precários.

EO6F29: o que falta é ele confiar na outra parte, da documentação dos seus bens, que ele realmente não confia

EO6F25: essa falta de confiança no ser humano, agora o porquê disso deve ter uma razão muito forte e lá atrás

Emanuel tem como renda, além dos aluguéis, a retirada financeira do seu trabalho no projeto de geração de trabalho e renda. Ele administra sua vida financeira sozinho, mas exibe grandes dificuldades, ainda não superadas:

EO6F30: ele não sabe administrar o dinheiro, então isso ele ainda não conseguiu, a gente fala, acredito que você fale também, ou a vizinha lá que ajuda muito, fala também, mas tá muito difícil na cabeça dele

ET4F7: ele não consegue se organizar muito bem com sua grana, ele tem uma certa renda vinda de alugueis de alguns imóveis que ele possui mas é algo que ele não consegue organizar, ele acaba utilizando de forma irregular, deixando contas para trás

Pouco tempo após a morte de sua mãe Emanuel procurou o CAPS onde é cuidado, trabalha num projeto de geração de trabalho e renda, participa de atividades no campo da cultura, da religiosidade, frequenta e faz cursos em um Centro Espírita, é membro do Conselho Gestor do serviço.

À época, Emanuel estava muito assustado com a repercussão e os desdobramentos do incidente: depoimento na delegacia, reação dos vizinhos e dos familiares e com as consequências que isso pudesse ter. Ele procurou o CAPS como um pedido de socorro:

EUF3: eu fui como se fosse um pedido de socorro, né. E aí quem me atendeu foi a psicóloga e o psiquiatra. Então aquele momento foi assim o que mais me pegou

Vivia uma situação de estigma, isolamento e constrangimento, peculiar às pessoas em conflito com a lei:

EO5F36: ele apresentou uma série de problemas de convivência no local em que ele vivia, acho que até por conta do estigma do crime

EUF27 Teve imprensa também, no dia da morte da minha mãe, os veículos de comunicação que vieram na minha casa e cada um colocou ... a vizinhança colocou de uma maneira ... me colocaram como assassino

Este sujeito, essa pessoa, chegou ao CAPS com um pedido de ajuda, muito assustado e acima de tudo com muito medo: medo de ser preso, medo de perder o que tinha, medo de não poder viver, medo da solidão e com dificuldade em viver o luto pela morte da mãe.

EUF1: Acho que foi a primeira vez que eu fui, que eu procurei o serviço em 2004. Lembro que foi em janeiro, porque minha mãe morreu em dezembro de 2013

EUF2: Em janeiro de 2004 que eu fui no serviço e eu tava desesperado, me sentindo mal, né, depois de todo acontecimento com a morte dela

Segundo ele, no CAPS onde atualmente é cuidado, encontrou uma possibilidade de contar a sua história e ter seu discurso validado no acolhimento realizado por trabalhadores do serviço (que posteriormente se tornaram a equipe de referência), ser reconhecido como um sujeito com suas singularidades:

EU4: Foi bom que eu desabafei

EU5: cheguei lá e contei a minha história, me acolheram, entenderam

EU6: não me julgaram né, não teve um julgamento do pessoal que me atendeu

EU7: entenderam a minha situação, né, o meu problema

EU17: acho que foi o acolhimento, o atendimento que foi assim bem humano, ninguém ali me julgou

EU23: então foi o primeiro CAPS que eu entrei, tá certo que foi depois que derramou, né, tudo, o leite derramou, mas, é, foi, muito importante, me senti muito acolhido, me senti bem

Emanuel descreve o CAPS como um serviço que o orienta e o acompanha nas suas necessidades:

EU25: vou conversando com as pessoas e as pessoas me orientando, né, me dando uma orientação e isso foi importante pra mim

EU26: me dão aquele suporte, porque eu tava passando por processo de delegacia e depois de julgamento que foi no fórum, né, e o pessoal ficou me dando suporte, me ajudando em como lidar com essa situação

EU28: só vejo aspectos positivos em estar fazendo tratamento no caps, que é um serviço muito humano, ajuda bastante

Também do ponto de vista de um entrevistado Emanuel foi identificado por este serviço, no seu acolhimento, como *objeto de cuidado*, como sujeito.

EU39: Acho que o primeiro efeito é ... eu acho que a partir do momento que a gente reconheceu o E. como um sujeito e suas idiossincrasias, suas questões, ... eu acho que primeiro o reconhecimento do E. mesmo, do usuário

Depois de acolhido no serviço Emanuel passou a frequentar o CAPS diariamente.

Em 2006 Emanuel passou a fazer parte do coletivo de trabalhadores do Projeto de Geração de Trabalho e Renda que é incubado no CAPS. Nesse projeto vem construindo o lugar de trabalhador, sua primeira experiência de trabalho:

EO2F7: E. é uma pessoa, um trabalhador [...] que tem uma característica muito particular, ele é uma pessoa que tem um humor, tem uma sensibilidade, ele se apresenta muito fortemente com as suas próprias questões, ele é pouco respeitoso com esse coletivo, por outro lado ele mobiliza esse coletivo pra um afeto, pra um carinho, pra um jeito que ... é o jeito do E

EO2F11: ele é muito sério no que ele faz, é um trabalhador que a gente tem certeza que quando está ali ele está inteiro, demora pra acordar, mas quando ele chega ele chega, chega pra resolver, chega pra decidir, chega porque tem responsabilidade, então ele é um exemplo muito rico da complexidade humana

EO2F4 na relação, no projeto, somos igualados na perspectiva de produzir mudanças concretas na vida. Essa é a base da minha relação com o trabalhador que é usuário do serviço e essa é a base de partida do meu encontro com ele

EO2F8: ele ao mesmo tempo que é inteligente, ele tem uma presença que valoriza aquele coletivo, põe valor nesse coletivo, porque ele é descolado, ele circula pela vida e é uma vida complexa, quando ele fala das relações sociais, amorosas, sexuais

EO2F10: ele é esparramado, ele é extremamente egoísta, egocêntrico, narcisista, e por outro lado é alguém que provoca carinho, vontade de proteger, de estar junto, ele é divertido, ele é inteligente, ele é bonito, então ele tem uma complexidade ali

EO4F2: também uma pessoa ótima de trabalho, um ajudante de trabalho muito bom

EO4 F12 Ele serve como ajudante geral [...] enfim, ele faz tudo nesse serviço

EO6 F33 ele está muito contente com o trabalho que está fazendo [...] então eu acho que tudo isso é importante, certo? Vocês realmente conseguiram, vão em frente! (risos)

E no projeto estabelece vínculos importantes:

EO4F1: Como eu falei a minha relação com o usuário é de um irmão, e também como eu falei de uma mãe, de uma companheira

EO4F3: Eu posso comentar que às vezes ele chega triste aqui, bem apagadinho e de repente a nossa conversa começa com ele, nós dois se abre, conversamos e ele vira outra pessoa, ele vira, ele vira a pessoa que ele é, esquece a tristeza, começa a trabalhar, a sorrir, a fazer molecagem e a gente vai em frente

O eixo do cuidado e da construção do Projeto Terapêutico Singular, PTS, de Emanuel no CAPS pautou-se, em um primeiro momento, no agenciamento da possibilidade real de defesa e na oferta de um lugar onde pudesse começar a se apresentar. Aos poucos ele conseguiu ampliar sua inserção nos dispositivos oferecidos pelo serviço.

O grupo de acompanhamento, um dispositivo no processo de cuidado e de construção de uma relação de confiança com o CAPS, constituiu-se como um espaço importante para conhecer melhor a história de vida de Emanuel e reconhecer necessidades.

Vale destacar uma intervenção da equipe de referência feita nesse período do cuidado de Emanuel no CAPS. A partir de um atendimento no grupo de referência e diante das dificuldades de Emanuel em organizar e limpar sua casa surgiu a proposta de realizar uma ação do grupo na casa de Emanuel. A necessidade, naquele momento, foi ajudá-lo a limpar a casa e começar a mexer nas coisas de sua mãe. Foi um momento marcante no sentido de abrir as portas e janelas daquela casa e começar a deixar o ar circular. As lembranças remexidas e compartilhadas. O espaço privado, ainda congelado no tempo do acontecimento, então recente, da morte da mãe de Emanuel, pode ser investido de outras informações.

Desde o início, seu PTS incluiu o acompanhamento em grupo de referência e durante muito tempo atendimentos individuais. Sua assiduidade a esses espaços de cuidado sempre foi condicionada aos horários em que aconteciam. É uma característica marcante de Emanuel não conseguir se organizar para atividades na parte da manhã. Vale ressaltar que essa postura muda quando envolvem questões de real necessidade ou interesse para Emanuel, como conversa com o advogado, consultas médicas, passeios e algumas situações do trabalho.

Durante o período que antecedeu ao julgamento Emanuel viveu com uma indefinição quanto a possibilidade de fazer planos, olhar pra frente. A possibilidade de ser preso ou internado em Hospital de Custódia barrava a sua projetualidade. Era só o aqui e agora! Em muitos momentos comentava: “e se eu perder tudo?” Uma vida em suspensão.

Com relação ao eixo do PTS que diz respeito ao acompanhamento da questão do processo penal, a equipe de referência elaborou, a pedido do advogado de defesa, um relatório psicossocial com informações sobre a vida e o cuidado de

Emanuel no CAPS, para constar nos autos do processo, ou seja, para informar o juiz. Esse relatório foi construído com informações sobre o processo de cuidado no CAPS, que incluía todas as estratégias e instrumentos utilizados no cuidado, como grupos, atendimentos individual, medicação, visita domiciliar, entre outros, além de fotos de situações da sua vida, depoimentos de colegas de trabalho no projeto de geração de trabalho e renda.

Uma ênfase foi dada ao caráter multiprofissional do cuidado no serviço e dessa forma este relatório foi assinado por todas as categorias profissionais: auxiliar de enfermagem, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Avaliou-se ser fundamental dar elementos ao juiz de como Emanuel estava sendo cuidado no CAPS. Um dos propósitos desse relatório foi apresentar Emanuel como uma pessoa que está ampliando sua relação com o mundo e argumentar a possibilidade do cuidado/tratamento em liberdade como possível e o melhor para Emanuel.

O Processo Penal de Emanuel o levou, em abril de 2010, a Júri Popular e a medida de segurança ambulatorial foi o encaminhamento determinado pelo Juiz. Desde então apresenta sistematicamente os comprovantes de tratamento exigidos e periodicamente é submetido a Exame de Cessação de Periculosidade, de acordo com os prazos estipulados no Processo. O último exame de cessação de periculosidade foi realizado em agosto de 2013 e ele segue cumprindo medida de segurança ambulatorial no CAPS.

Emanuel não frequenta mais o CAPS diariamente. Construiu outros interesses, circula pela cidade, assiste filmes, cuida um pouco melhor da sua casa e de sua saúde, lê bastante, e faz cursos em um Centro Espírita.

4.2 Processos de trabalho em Saúde Mental

Este Capítulo apresenta os resultados sobre os processos de trabalho compreendidos a partir do discurso dos 05 (cinco) trabalhadores do CAPS envolvidos de forma mais direta com o processo de cuidado do Emanuel: 02 (dois) da mini equipe de referência, 02 (dois) do Projeto de Geração de Trabalho e Renda e 01 (um) da Oficina de Pintura.

O discurso dos agentes (a *força de trabalho*) possibilitou depreender os temas relacionados aos *elementos constitutivos* dos processos de trabalho em saúde mental, à *forma de organização dos processos de trabalho*, como configuram seu *objeto de intervenção*, os *instrumentos* que utilizam e a *finalidade* do seu trabalho.

Para Marx trabalho “é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza” (Marx, 1983).

O que distingue o trabalho humano do trabalho animal é a sua intencionalidade e para Marx, “o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera” (Marx, 1983).

Os *elementos constitutivos* do processo de trabalho são: a *atividade orientada a um fim*, seu *objeto* e seus *meios*.

O processo de produção é definido por Marx como a “atividade orientada a um fim para produzir valor de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas” (Marx, 1983).

Usando dessa lógica para entender a composição do processo de trabalho em saúde, e mais especificamente em saúde mental, pode-se definir a *força de trabalho* como os trabalhadores dos serviços; o *objeto* como a pessoa e seu contexto de vida; os *instrumentos* como os conhecimentos técnicos sobre o processo saúde-doença mental, incluindo os fármacos e as diversas formas de produzir relações terapêuticas; e a *finalidade* como a produção de projetos que façam sentido para a vida das pessoas e produzam emancipação (Aranha e Silva, 2012).

Nesse sentido o contexto do trabalho em saúde

não ocorre em nenhum conjunto abstrato de cérebros, mas sim na realidade mais inclusiva das práticas sociais, realidade dentro da qual o pensamento, equivocado ou não, se redefine como um momento integrado à ação, ele então, implica possibilidades específicas de articulação das práticas de saúde no conjunto de práticas sociais de que participa (Gonçalves, 1992).

Sendo assim, com relação às necessidades das pessoas que procuram um serviço de saúde mental,

peças que vivem sobre as bases materiais e concretas do século 21 - fica evidente a necessidade de construção de processos de trabalho que olhem e apreendam as pessoas que vivem a experiência do sofrimento psíquico num mundo complexo, mundializado, globalizado, digital, cibernético, diverso (Aranha e Silva, 2012).

O trabalho em saúde, portanto, tem como objetivo essencial

a própria produção de saúde e também a co-construção da capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesse processo: trabalhadores e usuários (Campos; Onoko Campos, 2006).

Como forma de clarear como os processos de trabalho em saúde devem ser organizados e sistematicamente atualizados, revistos, inventados criticamente, apresenta-se o esquema elaborado por Aranha e Silva (2012):

Aranha e Silva, 2007

E também da mesma autora, mais especificamente, esquema abaixo descreve uma perspectiva do trabalho no campo psicossocial:

a. Quem são os *agentes* dos processos de trabalho

O *processo de trabalho em saúde mental* diz respeito à forma como os serviços se organizam para cuidar das pessoas que são usuárias dos serviços de saúde mental. E esse trabalho é realizado por pessoas – os *agentes* do processo de trabalho.

O *agente* ou a *força de trabalho* em saúde é quem determina a possibilidade do cuidado acontecer na medida da possibilidade do encontro entre dois sujeitos: trabalhadores e usuários. Por isso

é fundamentalmente aí que está a importância do *cuidar* nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde (Ayres, 2004 – Grifos meus).

E é o *agente*, a *força de trabalho* da saúde quem ativa estes processos e estes encontros e, para ser transformador, inovador, produtor de movimentos e acontecimentos na vida das pessoas,

mais que tratar de um *objeto*, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um *cuidar* quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meio, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (Ayres, 2004 – Grifos meus).

A mudança nas concepções do processo saúde-doença mental promovida pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, pelas novas formas de cuidar e pelo novo cenário de cuidados, em rede e territorial, provocou o deslocamento do *objeto* de trabalho nos processos de trabalho em saúde: da *doença* para o sujeito no seu contexto de vida (Barros; Oliveira; Aranha e Silva, 2007; Aranha e Silva, Fonseca, 2005).

Os *instrumentos* do trabalho em saúde são os saberes e as práticas construídos e inventados para dar conta dessa complexidade (Barros; Oliveira; Aranha e Silva, 2007; Aranha e Silva, Fonseca, 2005).

Desta forma, a *finalidade* dos processos de trabalho não é mais apenas a remissão dos sintomas, a adaptabilidade e o controle social e sim responder, às necessidades da vida real das pessoas (Barros; Oliveira; Aranha e Silva, 2007; Aranha e Silva, Fonseca, 2005).

O Quadro 5 abaixo descreve a equipe de referência de Emanuel, os *agentes* dos processos de trabalho relacionados à clínica do cuidado cotidiano.

Quadro 5. Caracterização dos agentes/técnicos da equipe de referência. 2013⁶

CARGO/FUNÇÃO	QUANTIDADE	IDADE	TEMPO NO SERVIÇO
Psicóloga (própria pesquisadora)	01	48 anos	12 anos
Enfermeira (o)	01	28 anos	04 anos
Psiquiatra	01	34 anos	01 ano e 10 meses
Auxiliar de enfermagem	01	25 anos	04 anos
Auxiliar de enfermagem	01	33 anos	03 anos e 06 meses
Auxiliar de enfermagem	01	58 anos	11 anos
TOTAL	06	Média: 37,6 anos	Média: 06 anos

Fonte: Entrevistas com os participantes do estudo. 2013

Com relação aos processos de capacitação, atualização e formação, entre os 06 (seis) *agentes* que cuidam diretamente de Emanuel, 05 (cinco) realizaram algum tipo de capacitação: curso on-line, Curso de Difusão, Pós-graduação Latu Senso e Pós-graduação Strictu Sensu, conforme se observa no Quadro abaixo.

⁶ A pesquisadora foi incluída porque compõe esta equipe de referência.

Quadro 6. Caracterização dos agentes/técnicos da equipe de referência com relação frequência em cursos de atualização em saúde mental nos últimos 05 anos. 2013

CARGO/FUNÇÃO	SIM / NÃO	ESPECIFICAÇÃO
Psicóloga	SIM	Especialização em Saúde Mental Curso de Multiplicadores em Saúde Mental e Economia Solidária Mestrado acadêmico em curso
Enfermeira (o)	SIM	Mestrado Acadêmico em Enfermagem Psiquiátrica
Psiquiatra	NÃO	
Auxiliar de enfermagem	SIM	Acompanhante Terapêutico Curso de Multiplicadores em Saúde Mental e Economia Solidária
Auxiliar de enfermagem	SIM	Disciplinas da grade curricular da graduação em Enfermagem: saúde mental, psicologia e psiquiatria
Auxiliar de enfermagem	SIM	Curso on-line do COFEN sobre transtornos emocionais

Fonte: Entrevistas com os participantes do estudo. 2013

b. O *objeto* de intervenção dos processos de trabalho

As recentes transformações na concepção do modelo de cuidado em saúde mental no Brasil, pautado pelas proposições da Reforma Psiquiátrica, impõe uma reestruturação na organização e na gestão dos serviços de atenção à saúde mental (Barros; Oliveira; Aranha e Silva, 2007; Barros; Egry, 2001) e dessa forma, uma outra organização dos processos de trabalho implicado

na apropriação coletiva do desafio da construção de novas formas de responsabilização, e na assunção do problema saúde/necessidades representada pelo usuário como objetos da ação de saúde (Barros; Oliveira; Aranha e Silva, 2007).

O sujeito, que tem que ser reconhecido como *objeto de cuidado*, não o é por si só e nem do mesmo jeito em todas as épocas.

Sobre isso Gonçalves (1992) afirma que

enquanto arte da natureza, não é propriamente um *objeto*, vem a ser *um objeto somente quando um sujeito o delimita e desprende*, sendo o modo pelo qual se dá essa delimitação e esse desprendimento guiado pelo olhar que antevê em um certo fragmento da natureza um certo resultado potencial (Gonçalves, 1992 – Grifos meus).

O modelo de atenção à saúde mental do SUS define que *o objeto de cuidado* não é somente a doença, não o sintoma, mas um sujeito social de direitos.

Este *objeto* pede aos serviços uma outra estrutura e outra lógica, que levem em conta as necessidades reais da pessoa e para tal também reveja os instrumentos – saberes e práticas – que lança mão para construir projetos terapêuticos singulares (Barros, Oliveira, Silva, 2007).

O *objeto de cuidado* é Emanuel, um sujeito que chega ao serviço apresentando necessidades: poder falar e contar a sua história, não ser julgado, desabafar, enfim ser acolhido no e com seu contexto de vida e convoca os agentes a pensar na complexidade implícita da sua situação real de vida.

O material empírico mostra que o *objeto de intervenção*, o Emanuel, é percebido como uma pessoa complexa e contraditória e que precisa falar sobre seu contexto de vida, passado e presente:

ET1F13: eram comuns as agressões, não foi só aquela vez [...] ele falou que era quase sempre, corriqueiro, eles ficarem contrariados um com o outro e se baterem

ET1F10: então foi bastante tempo, nesse dia, que agente ficou, e ai assim, acho que foi um desabafo dele

ET1F17: o jeito que ele ficou aquele dia e ele tava super bem, assim, aquele jeito serelepe dele, mas na hora que ele foi contando, ficou muito emocionado, de lagrimas mesmo, de ficar com o olhinho inchado

ET2F12: O encontro com o E ... é sempre muito interessante, porque ele tá sempre vindo atrás, sempre com novidade, tudo pra ele é novidade, né, ele vem correndo, contando, e às vezes em horários assim que nem dá pra dar muita atenção pra ele

A necessidade de Emanuel falar e falar, contar sua história é tão relevante que transborda pelo serviço para além da equipe de referência:

EO1F8: ele conta (no grupo), com uma série de detalhes os eventos, né, mais contundentes da vida, na questão com a mãe e foi muito impactante

EO2F22: eu converso muito com o E. sobre isso, até porque tem essa característica dele se impor muito, dele esparramar demais essa experiência dele como uma experiência muito difícil

EO3F2: eu sempre me lembro que o E. me procurava pra contar da sua história e pra conversar e sempre contava um pedacinho da história com a mãe, basicamente a história com a mãe mesmo, a relação que ele tinha, acho, que precisando falar muito, me parecia que ele precisava falar muito, pra tentar entender se ele era culpado ou inocente

As frases temáticas abaixo evidenciam que para os entrevistados Emanuel, o *objeto* de trabalho, sofreu e sofre com o estigma e a exclusão como consequência da situação e do contexto onde viveu e continua vivendo.

O sujeito do discurso tem claro que esta condição de estigma e exclusão, comum às pessoas com transtornos mentais, é ainda mais intensa quando associada às pessoas em conflito com a lei.

ET1F7: Ai ele falou da dificuldade, que ele ficou como um monstro no bairro que ele mora, na escola, todo mundo ficou sabendo porque tinha aqueles programas da Record, sensacionalistas, e botou câmera na cara dele ... aquelas coisas bem ofensivas que eles falavam, e o bairro também

ET1F8: ele falou que as pessoas mudavam de calçada, não falavam com ele no ponto, quando alguém não sabia que era ele mas conhecia o caso e quando o outro falava, ah é esse aquele cara? O quanto que pra ele era ruim, que hoje em dia ele falou assim que ainda tem quem não fale com ele, e que ainda lembram da história, mas que é menos hoje em dia

A rede social de pertencimento e apoio de Emanuel sempre foi restrita à família e seus conflitos. Esta situação foi agravada com o desfecho da situação, conforme assinala um fragmento do discurso.

ET5F6: Eu acho que, eu entendo que é um paciente que tem uma rede social que me parece muito restrita, né, então

As frases temáticas evidenciam uma contradição entre como Emanuel se mostra e sua história de vida.

ET2F4: uma pessoa doce ... ele é uma pessoa carente, né

ET2F3: é difícil, é muito difícil de imaginar que ele tenha cometido alguma coisa assim ... tenha cometido, assim alguma agressividade, né, é difícil imaginar isso

ET2F11: o carinho com que ele se lembrava da mãe (enquanto pintava), então pra gente é difícil imaginar o E. agressivo com alguém

Para o entrevistado, o comportamento de Emanuel não traduz o que ele realmente sente, como se vê na frase temática:

ET1F14: mas o que me chamou mais atenção, foi o quanto ... que as vezes o comportamento do E. dá a entender que ele não tá nem aí, com a vida ou com o mundo, não tá nem aí com a hora do Brasil, mas não é verdade

Ainda é possível identificar outras formas de percepção do Emanuel como está caracterizado nas seguintes frases:

ET2F5: bastante carente, gosta de estar por perto das pessoas, acho que principalmente das pessoas mais velhas, como eu, a L. eu acho que ele vê a gente como ... como mãe, né?

ET2F6: Então ele gosta de estar por perto da gente (pessoas mais velhas), gosta de pedir conselhos

ET2F14 porque ele tá sempre procurando a gente pra contar tudo, mas eu acho que ele faz isso com todo mundo também, ele espalha bastante. É isso

A dificuldade que Emanuel tem para estabelecer relações de confiança é destacada no fragmento de texto que se segue:

ET5F18: no caso dele parece que é muito difícil mesmo com as pessoas que ele conseguiu estabelecer alguma relação de confiança, ainda é ... em alguns momentos parece que isso fica muito frágil, né, muito precário, né

Sobre a relação de Emanuel especificamente com o campo de cuidados, os discursos apontam que a vinculação de Emanuel com o serviço é afetiva.

ET1F32: Mas, não sei se é esse ciclo que virou mais de amizade, porque até com os funcionários ele acaba tendo um vínculo que é mais de amigo que de terapeuta, uma coisa terapêutica

ET2F15: O aspecto positivo do E. é o carinho que ele tem por todos, carinho que ele tem com a gente

Foi possível identificar nas frases temáticas a compreensão que Emanuel também estabelece um vínculo com o serviço pela obrigação legal, faz o tratamento para cumprir sua medida de segurança, faz isso de forma responsável e cumpre os acordos.

ET2F19: e ele tem cumprido, né, ele tem cumprido (tratamento como pena), mesmo que às vezes a gente tem que dar uma puxadinha de orelha nele, mas ele tem cumprido, sim

ET2F20: Eu acho que ele tem cumprido os acordos

ET2F18: o tratamento do ... esse tratamento de ficar enquanto cumpre a pena, dele estar aqui, e de estar cobrando sempre, acho que isso é um ponto positivo pro serviço

ET5F10: tá cumprindo uma pena em liberdade

Quanto à co-responsabilização por seu projeto terapêutico, as frases temáticas mostram que os entrevistados fazem críticas a uma irregularidade de Emanuel com relação à implementação do projeto e questionam se ele vai ao CAPS em função da obrigação legal ou por ser um lugar de convivência.

ET1F29: É irregular (tomar a medicação). Eu acho ele muito a passeio. Posso estar com a impressão errada, mas eu acho ele muito a passeio

ET1F31: não sei se isso (a obrigação de estar se tratando) é que contribui pra que ele venha mais ou porque ele é sozinho e aqui é um lugar de convivência mesmo, porque ele fala do quanto ele é sozinho, do quanto que às vezes é ruim voltar pra casa tarde ou de dia mesmo e tá ali sozinho

ET5F13: ele não quer estar nesses espaços como o grupo, né, e meio que foge dos atendimentos individuais

Contraditoriamente na Oficina de Pintura E. é observado como uma pessoa responsável, integrado, dedicado, concentrado.

ET2F1: o momento em que ele entra na Oficina de Pintura e se mostra uma pessoa com bastante qualidades, bastante esforçado, interessado nesse programa de artesanato

ET2F2: e, realmente, quando ele tá na pintura ele se dedica, ele esquece de tudo ao redor, uma pessoa que é doce

No contexto do projeto de geração de trabalho e renda o *objeto de intervenção* é identificado como *trabalhador com seu jeito próprio de ser*. O agente indica que há diferença entre o lugar de Emanuel como usuário do serviço (solto, risonho, leve, brincalhão) e como trabalhador do projeto de geração de trabalho e renda, que é incubado no CAPS (preocupado, envergonhado, compromissado, intimidado).

ET3F4: quem vai levar a bandeja? E aí vem o E. “Ai, meu pai!” ... e o E. ruborizado, amedrontado, envergonhado, repetidamente diz, “eu não vou conseguir, eu não vou conseguir”

ET3F5: fica inquieto, apavorado, envergonhado, e diz eu não vou conseguir, eu não vou conseguir, ele se apresenta assim nesses momentos, bem carente, desapropriado, intimidado

c. Os instrumentos de intervenção

Segundo Marx

o meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto [...] os *meios de trabalho* não são só mediadores do grau de desenvolvimento da força de trabalho humana, mas também *indicadores das condições sociais nas quais se trabalha* (Marx, 1983 – Grifos meus).

Os *instrumentos* do processo de trabalho em saúde mostram como a energia humana se incorpora ao *objeto* e devem ter em si a capacidade de sintetizar a potência de transformação do *objeto* e serem adequados à *finalidade* do processo de trabalho (Gonçalves, 1992).

Identifica-se nos discursos dos entrevistados alguns *instrumentos* utilizados no cotidiano do cuidado no CAPS, tais como: conversa informal, ambiência, espaços grupais, responsabilização pelo projeto terapêutico singular, atendimento individual, relação terapêutica, conhecimentos técnicos, oficina de pintura, projeto de geração de trabalho e renda, acolhimento integral e psicoterapia.

As frases temáticas evidenciam que a escuta é considerada um *instrumento* do processo de trabalho e é disponibilizada na ambiência (*instrumento*), nos espaços identificados como informais, para conhecer o *objeto*, seu contexto de vida e suas demandas.

ET1F1: A gente costuma se reunir bastante no final da tarde, lá na frente, às vezes conversando com os vigilantes

ET1F38: acho que as conversas que a gente tem com ele mesmo ... num tom de brincadeira, de uma forma mais informal, que não é aquela coisa católica de entrar numa sala, sentar, não é um atendimento, terapêutico, às vezes ... nessa conversa que a gente pode dar mais atenção pra ele, acho que é um momento que ajuda muito ele, esse negócio de desabafar, de ajudar a pensar nessa coisa destrutiva dele

Essa conversa informal (*instrumento de trabalho*) é considerada como um momento para reflexão:

ET1F42: Eu defino no bem estar que ele fala daquela conversa. Então acho que é positivo sim, porque de certa forma ele reflete. Se ele vai conseguir seguir eu não sei, mas ele reflete de alguma forma

ET1F2: me impressionou, um dia que a gente tava lá fora e ele começou falar, assim, sobre a mãe dele e começou a chorar contando, da ... trajetória dele, falou da infância, falou do pai, falou da mãe, falou do dia ... do incidente da morte da mãe, o quanto que ele se arrependia, o quanto que ele poderia ter voltado no tempo, não ter feito

ET1F12: O choro. Porque até então nas nossas conversas ele nunca tinha chorado e falado assim o quanto que ele se arrepende daquela dinâmica que eles tinham de briga

As frases temáticas abaixo abordam a preocupação dos *agentes* em olhar e *refletir antes de intervir* sobre o *objeto*. Fica evidente, nas reflexões e na convocação dos conhecimentos técnicos (*instrumentos de trabalho*) da equipe de referência que precisam de um tempo de reflexão para que o outro (*objeto*) apareça com sua subjetividade:

ET3F6: Será que é uma incapacidade de enfrentar o salão, de sair da concentração? Nesse momento o que fazer pra aliviar o medo? O desafio nesse momento é acolher a dificuldade dele pra poder emprestar outras possibilidades e adotar de um jeito compartilhado a coragem de sair junto

ET5F4: foram atendimentos que o usuário sempre faltou né, por um pretexto ou outro, na verdade eu não consegui ainda entender o que significa essa evitação dele, desse atendimento

ET5F5: Acho que eu conheço muito pouco o E. pra poder até pensar o porquê disso (evitar os atendimentos individuais)

No discurso de um dos *agentes* fica claro que é constrangedor *ouvir e entrar em contato* (relação terapêutica – *instrumento de trabalho*) com a história de vida de Emanuel, uma situação limite, com uma relação familiar muito conflitiva e com um desfecho trágico que o levou a cumprir uma medida de segurança no serviço. O agente se emociona, se constrange e se surpreende diante do *objeto* e seu contexto de vida, que o desloca do lugar terapêutico.

ET1F4: eu fiquei muito penalizada com aquele choro, porque até então, a gente já tinha conversado sobre esses assuntos mas eu nunca tinha visto ele tão, assim, chorando

ET1F5: eu falei pra ele “eu to te incomodando, não quer falar”? E ai ele falou: “não L. me faz bem falar, não é sua culpa eu estar chorando”, e eu falei “nossa eu to me sentindo mal com você chorando desta forma”

A relação terapêutica (*instrumento de trabalho*) tem como *finalidade* construir projetos terapêuticos e pode ocorrer em qualquer lugar do cotidiano do

cuidado no serviço: na ambiência, nos espaços relacionais ou nos settings terapêuticos.

Nas frases temáticas abaixo este *instrumento* aparece num registro de amizade, uma contradição com as ações consideradas terapêuticas.

ET1F33: até com os funcionários ele acaba tendo um vínculo que é mais de amigo que de terapeuta, uma coisa terapêutica, faz com que ele não se comprometa

ET1F34: acaba mesmo se misturando o negativo com o positivo

ET1F27: Eu vejo mais ele assim “eu to aqui porque eu gosto, gosto das pessoas”, mas como se tivesse num passeio e não num lugar de tratamento, de falar “eu venho aqui porque é importante, porque faz parte do meu tratamento”

Um *agente* descreve como positivo quando Emanuel consegue ter uma atitude de co-responsabilização quanto às ações da clínica (*instrumento de trabalho*).

ET4F5: Quanto aos aspectos positivos, o que eu acho bom é quando ele consegue se apropriar dos grupos, apesar de não ter sempre uma boa frequência

ET1F15: não é que ele não tá nem ai com essa história, até foi naquela época que eu fiquei falando da gente arrumar psicoterapia, e a dificuldade dele de continuar, você falou que já foi indicado outras vezes

E como uma atitude negativa quando não há co-responsabilização por essas ações e com seu processo de cuidado.

ET1F37: Nessa parte a gente entra como negativo de não dar uma pegada no pé dele pra ele se esforçar no acompanhamento, que não é só a passeio

ET1F36: Também não sei ai tem um pouco da gente responsabilizar ele sei lá, despertar com o celular, se comprometer com quem ta no noturno acordar ele de manhã, ou passar pra coordenação acordar tal horário, sei lá ... acho que dava pra gente dar uma pegada no pé

ET1F35: Não sei se o negativo é da gente não pegar mais no pé dele, fazer uma pressão para ele vir no grupo, fazer uma pressão pra ele vir na pintura, porque ele acaba não chegando por conta do horário

A Oficina de Pintura (*instrumento de trabalho*) constitui um espaço importante de cuidado e reflexão do sujeito e onde Emanuel se apresenta comprometido:

ET2F8: teve uma situação em que ele trouxe uma foto da mãe dele quando ela era criança e ele fez essa pintura ... com bastante dedicação, muita dedicação

ET2F9: E ficava emocionado, assim, quando pintava ele se emocionava contando ... se lembrando da mãe, contando a história e depois ele guardou essa tela, tá na casa dele

ET2F10: Isso marcou bastante, né, essas recordações que ele ia executando o serviço, a pintura e, ao mesmo tempo, relatando pra gente coisas da mãe dele, coisas que a mãe dele contava, quando falava dela, pra ele, quando era criança

Os fragmentos de discurso abaixo mostram que o *agente* reconhece a diferença de lugar do *objeto de intervenção* no contexto do projeto de geração de trabalho e renda, onde é reconhecido como trabalhador.

ET5F8: e tem a questão da inserção no projeto de trabalho que eu acho também, que dá um outro lugar

ET5F11: tem a oportunidade de estar inserido no trabalho, né, protegido

ET5F16: estar inserido no espaço de trabalho, isso, acho uma coisa importante pra ele

d. As finalidades dos processos de trabalho: objeto transformado

A *ampliação da rede social de pertencimento e de apoio* e a transformação da vida do sujeito aparecem como *finalidade* nas frases abaixo:

ET2F23: eu acho que teve uma evolução muito grande do E.

ET2F21: Olha, se for pensar na forma como ele chegou, né, é eu acho que ele teve bastante ganho

ET2F24: É que o E. era uma pessoa mais recolhida, ele era bem mais recolhido, agressivo não que ele nunca foi, mas ele era uma pessoa mais recolhida, mais tímida, mais reclamona, e falava coisas mais negativas, né, eu acho que hoje a gente pode ver que teve uma melhora nesse ponto. Ele tem mais pontos positivos hoje do que quando ele chegou aqui

O reconhecimento do papel do serviço como ator importante no processo de *apropriação e transformação da própria história (finalidade do processo de trabalho)* é identificado no fragmento de discurso abaixo:

ET3F8: acho que o E. cresceu muito. Eu acompanho aí, de algum jeito, uma trajetória de sete, oito anos e hoje ele é um sujeito mais forte, é um sujeito com mais crítica da sua realidade

As frases temáticas identificam que Emanuel ter *maior segurança e autonomia* na vida é uma meta esperada (*finalidade do processo de trabalho*):

ET4F10: (autonomia) Um efeito positivo, eu acredito, né

ET4F9: Efeitos desse cuidado são conversas persistentes que temos com ele, né, por conta dessas questões: o quanto ele consegue se apropriar dos projetos, se envolver, a autonomia que vem adquirindo com o passar do tempo

Uma maior *apropriação e auto-responsabilização com as estratégias de cuidado oferecidas pelo CAPS* são apontadas como *finalidade* do processo de trabalho:

ET4F6: quando ele vai, consegue se apropriar, da forma dele, tanto no projeto de geração de trabalho e renda, quanto na pintura, quando ele consegue desenvolver um quadro, e a partir desse quadro sua venda, eu vejo uma realização boa, nesse sentido, que é um aspecto positivo

Assumir outras posições na vida, por meio do projeto de geração de trabalho e renda, aparece como *finalidade* do cuidado:

ET3F9: embora ainda se apresente amedrontado [...] acho que ele sabe que não está mais sozinho, talvez o Projeto também tenha este lugar, eu acompanho o E. do lugar do projeto, de sócia cooperada desse empreendimento econômico solidário e tem muitos ganhos

4.3 Dispositivo para o cuidado em liberdade: o CAPS

A partir da aprovação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e da Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece os CAPS nas modalidades I, II e III, conforme complexidade e abrangência populacional *inaugurou-se a base jurídica e normativa* para a construção do modelo de atenção em rede, territorial e comunitário.

Esses marcos jurídicos precedem as normativas para a construção de programas e organização dos serviços e as relacionadas ao financiamento do sistema.

No contexto atual das políticas públicas está em curso a estruturação e organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011 que significa um avanço na direção de maior fortalecimento dos serviços e da rede de serviços de cuidado em saúde mental. Os CAPS são serviços estratégicos da RAPS.

A situação das pessoas em conflito com a Lei é um nó crítico para as políticas públicas ancoradas nas propostas da desinstitucionalização, principalmente com relação ao desmonte Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a ampliação da inclusão dessa população no cuidado nos serviços territoriais (CAPS).

De uma certa forma essa questão ficou à margem das discussões e só recentemente ganhou destaque. Parte deste destaque tem a ver com as recomendações de construção de ações intersetoriais apontadas na IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial (2010) e em outras normativas.

Nesse sentido, a discussão e o enfrentamento das contradições da política pública para pessoas em conflito com a lei, também segue nessa direção: questionar a prerrogativa da *periculosidade* para internar pessoas por tempo indeterminado (como acaba acontecendo de fato pelo próprio funcionamento da aplicação das medidas de segurança) e problematizar que os serviços, como os CAPS, também possam acompanhar essas pessoas, em liberdade.

a. CAPS como lócus do cuidado de Emanuel

As frases temáticas evidenciam como este CAPS III, cenário deste estudo, foi organizado alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Enfatizam que serviços com essa perspectiva propiciam um contexto de cuidado mais favorável para pessoas em conflito com a lei:

EO2F16: Eu sei que é um serviço que foi pensado a partir da reformulação do seu quadro de funcionários, do seu projeto institucional pra ser um CAPS III alinhado à Reforma

EO2F29: acho que não seria num outro serviço que no mínimo não tivesse um compromisso com a reforma psiquiátrica, que não tivesse alinhado às políticas públicas, que não tivesse uma certa militância nesse ideário do tratamento em liberdade, enfim, com o SUS, acho que um outro serviço que não fosse comunitário, enfim, acho que a trajetória desse trabalhador do [nome do projeto] teria sido muito cruel

EO2F33: Esse é o ideário da Reforma, e da responsabilização, porque é uma pessoa que está pagando a sua dívida social, mas tá pagando dentro de um contexto de respeito, de construção de uma outra possibilidade de vida, dentro de um serviço ... não está solto, não está livre, ele está livre dentro de um contrato que ele tá cumprindo de forma bastante responsável porque, na contraposição, existe um acompanhamento muito responsável desta liberdade relativa até que ele possa, de fato, ficar quites com o contrato social

A concepção de que o CAPS deve bancar o cuidado e a complexidade das pessoas que procuram o serviço e o reconhecimento de que isso foi possível com E. aparece no fragmento do discurso abaixo.

EO3F5: Eu acho que sim, gostaria de dizer que acho que é um serviço que bancou isso tudo, que sustentou essa ... enfim, acho que é a finalidade dos serviços nossos mesmo, mas que sustentou essa não sei nem como dizer ... entrar nessa história, olhar pra complexidade dessa história

A forma de organização do serviço contribui para que possa ou não dar conta das necessidades dos sujeitos. A frase temática aponta que o CAPS acolheu as necessidades de Emanuel:

EO2F28: E acho que é um serviço que acolhe isso (esse usuário e suas necessidades), apóia, não acho que é uma política institucional porque tenho acompanhado outros casos que não se resolvem assim

O reconhecimento de que este CAPS se propõe a construir relações com outras instituições é evidenciado na frase a seguir, mas também há uma crítica sobre não se poder generalizar esta postura para todos os serviços.

EO3F7: mas, não é tão comum os serviços, infelizmente, bancarem, né, a discussão, e o trabalho mesmo, né, com outras instituições

Após 12 (doze) anos de aprovação da Lei nº 10.216 e 03 (três) anos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, o CAPS é apontado como um serviço cada vez mais solicitado pela justiça.

EO1F30: acho que a gente tem estado num campo cada vez mais interligado

A construção de parcerias e ações intersetoriais é vista como missão do serviço. Os CAPS devem olhar para a integralidade, se orientarem pelas necessidades das pessoas.

EO1F24: Acho que, obviamente, os serviços devem ter esse olhar que olha integralmente pra vida do sujeito agora, claro, se ele não tivesse questões com a justiça o serviço não ia ficar correndo atrás de uma interação com um campo que não teria a ver com a vida do sujeito, né

EO1F28: é o caso que orienta a necessidade e não o serviço que determina qual é a necessidade que o caso tem que ter, senão inverte-se a lógica

A necessidade do serviço de fazer parcerias é evidenciada pelo fragmento de discurso abaixo.

EO3F6: tá sempre instigado (o serviço) com trabalhar com parceiros da justiça, acho que o serviço investiu muito nisso e eu acho que é um indicador de um bom serviço e fico super satisfeita com isso, o serviço fez e faz seu papel, bancando esses, enfim, problemáticas que não são incomuns

Mas por outro lado avalia-se que a construção de ações de interface com a justiça precisam avançar neste serviço:

EO1F32: que acho que é um campo (interface com justiça) que precisa ser avançado nas discussões, nos espaços coletivos, nas produções de espaço em que esses dois campos não funcionem separadamente, ou apenas, normativamente discriminados, acho que isso é importante

O CAPS é identificado como um serviço que acolhe e promove inclusão.

EO7F16: a gente acaba acolhendo ele de uma forma bem bacana e isso o serviço inteiro, ele consegue interagir com todos e por conta desse serviço ele acaba sendo inserido na sociedade

EO7F14: É um serviço que deixa ele livre, que trata ele como um indivíduo

E como lugar de rede social de suporte e pertencimento:

EO4F18: eu acho que esse serviço pra ele é uma coisa muito importante que surgiu na vida dele, pois ele vivia sozinho e aqui ele tem não só os médicos como os amigos pra conversar, pra sorrir, tanto que às vezes ele sai daqui oito, nove horas da noite, dez horas, querendo dormir aqui, de tão bem que ele se sente

EO5F35: o CAPS foi fundamental tanto com relação a amizades, a trabalho, a convívio social, ele quando não está lá, pelo que eu sei ... agora ta tendo contato com outras pessoas, mas ele se resumia basicamente a vivencia no tratamento

ET5F7: acho que o CAPS entra aí nesse lugar pra dar um pouco esse suporte, já que ele não tem outras redes, tem uma vizinha e outras relações muito fragmentadas, né

ET5F15: Eu acho que o efeito positivo de ter uma rede social, né, que não está totalmente isolado, sem ter com quem contar

Nessa mesma temática, das redes de suporte e pertencimento, os fragmentos de discursos mostram que, para alguns entrevistados, o CAPS para Emanuel é como substituto da família e do habitar/morar:

EO5F29: Em relação ao CAPS eu acho que o E. hoje deve muito, pelo fato dele não ter o pai, não ter a mãe também, em virtude do que aconteceu

EO5F30: o CAPS hoje é a família do E. praticamente, ele se apóia nisso, e, inclusive, naquela historia de um outro projeto que é o [...] que eu achei o nome muito legal

EO5F32: acho que ali virou a família dele ... é como se fosse a família dele, em tudo e eu verifico nos problemas que o E. enfrenta no dia a dia, os profissionais do CAPS são ponto de escora dele

EO6F1: Sou prima, madrinha ... teve uma época que a gente teve um convivência maior, depois que ele veio aqui pro CAPS que eu vi que ele tinha toda uma ajuda, que ele tinha alguém que realmente se preocupasse, tinha um tratamento, então ai a gente procurou, não que eu me isolei, mas eu procurei deixar ver se ele ia seguir a vida dele e realmente está indo bem, graças a Deus e graças a vocês

EO4F19: eu acho que é uma casa, que ele se sente em casa quando ele está aqui

EO4F20: porque o tratamento ele se sente como se fosse a casa dele, ainda mais que a casa dele

EO4F22: eu acho que esse serviço aqui do CAPS pra ele, esse trabalho da saúde mental pra ele significa muita coisa, significa a alegria dele, a vida dele

A frase temática que segue indica que a experiência pessoal do adoecimento psíquico leva a um questionamento sobre a exclusão dos loucos e reconhece o CAPS um lugar de convivência entre diferentes:

EO4F14: eu só ouvia falar em saúde mental e achava que as pessoas eram loucas e não podiam conviver com outras pessoas, até que aconteceu comigo e eu sai de um trabalho que eu trabalhei 28 anos, que até hoje eu conhecia pessoas de alto nível, não estou desclassificando os outros, todos nós somos de alto nível, mas aqui eu tive uma convivência com pessoas diferentes

EO4F13: O serviço da saúde mental eu não conhecia até que fiquei doente porque tudo tem a sua hora, e seu dia, em 2006 eu fiquei doente

A questão do preconceito e do estigma com relação às pessoas com experiência de sofrimento psíquica intensa é o que determina frequentemente atitudes de exclusão, de não aceitação, de não reconhecimento. O CAPS é visto como um serviço que não tem os mesmos preconceitos que a sociedade tem e é avaliado positivamente por esta atitude.

EO7F15 a gente não tem preconceitos que a sociedade tem

EO7F17: É muito bom. Porque, por conta do preconceito a gente acaba, as pessoas acabam julgando, né, tendo uma imagem errada e por conta do serviço, quando as pessoas passam a conhecer o serviço, o trabalho que faz tanto com ele como com outros usuários ai acaba quebrando um pouco isso, então é bem legal

b. A organização do cuidado no CAPS: estratégias clínicas e psicossociais

A *equipe de referência* é um instrumento fundamental na construção e acompanhamento compartilhado do Projeto Terapêutico Singular, PTS, de Emanuel. O agenciamento de recursos para atender às necessidades dos usuários é parte deste trabalho.

Os fragmentos dos discursos abaixo evidenciam que a equipe de referência, ao agenciar recursos na esfera jurídica, tinha clareza de que estava diante da possibilidade de evitar o internamento de Emanuel em um HCTP.

EO2F35: a passagem acompanhada, a passagem articulada, agenciada, pela equipe de referência, particularmente por uma referência que ele tem, junto ao aparato legal, jurídico, a gente não pode esquecer que o acesso a defesa que ele teve foi um agenciamento da profissional de referência dele, quer dizer, tem um envolvimento muito profundo com a história de vida dessa pessoa no que eu vou escutando das discussões

EO2F37: quer dizer, essa possibilidade de finalização da vida na casa de custódia é algo que era impensável e acho que, à medida que isso vai se impondo como um compromisso da referência, do cuidado, do projeto terapêutico dele, ele também vai se fortalecendo como alguém que é capaz de fazer o que fez mas é capaz de reparar o que fez

ET4F4: o cuidado que ele tem aqui no CAPS eu diria que é um cuidado muito bom, a partir de suas referências, referência técnica e médica, eu acho que tem feito um acompanhamento muito bom

EO2F43: esse processo de ser acompanhado, num processo terapêutico constante, consistente, sistemático, eu acho que isso transformou a vida de um ser humano

O cuidado no CAPS deve ter como horizonte ampliar as possibilidades de relação com o mundo. Nas frases temáticas aparece um reconhecimento de que o acompanhamento de Emanuel no CAPS tem um sentido mais amplo, da integralidade, e que olha para as necessidades reais:

EO1F18: Eu acho que ele é um caso que, ele foi conseguindo ser acompanhado nesse sentido mais amplo

EO1F20: ele foi acompanhado em relação às suas questões com o judiciário, às questões da relação com ... ao acesso aos próprios recursos da justiça, acompanhado com relação às questões familiares, acompanhado em relação às questões de trabalho

EO1F 21: acho que o acompanhamento dele tem um caráter muito mais integral

EO1F22: o acompanhamento não está centrado só em controlar tal ou qual sintoma

EO1F23: acompanhar o sujeito para que ele tenha condições para ocupar várias posições, vários lugares, no mundo

EO1F26: cabe ao serviço poder olhar o acompanhamento do sujeito nessa integralidade, que no caso dele inclui a questão com a justiça

O atendimento grupal é uma das estratégias de cuidado do CAPS e é avaliado como um espaço potente para a reflexão de Emanuel. A preocupação com a possibilidade de olhar e refletir antes de intervir sobre o *objeto* aparece como importante. A forma como E. se apresenta nesses espaços deve ser observada. A intervenção é orientada pelo que faz sentido ou não para E.

EO1F7: Um outro momento que eu acho que foi significativo foi uma das vezes, participando de um grupo, um grupo de família, que foi aberto para participação do usuário, e ele veio participar

EO1F10: a gente foi tentando cuidar disso (da exposição falando no grupo) mas era uma questão difícil ali, por um lado era importante ele poder compartilhar algumas coisas, por outro a exposição podia não ter um sentido mais interessante

EO1F9: eu fiquei muito me perguntando isso, o quanto que aquela exposição (no grupo) fazia sentido, não fazia sentido, o quanto aquilo ajudava ele no processo, ou quanto aquilo só o expunha diante de tal situação

Nas frases temáticas aparece a compreensão da inclusão dos cuidados com a saúde física no acolhimento integral oferecido pelo CAPS III.

ET4F1: Eu poderia comentar alguns cuidados com E., entretanto o cuidado que marcou um pouco mais foi quando ele teve uma doença, e foi preciso ele ser visto mais de perto. Foi preciso ele ficar no CAPS alguns dias fazendo uso de medicação

ET4F3: ele teve que fazer uso de medicação via endovenosa e pra evitar ele não ficar internado em hospital, optamos que ele ficasse aqui no CAPS conosco, já que é um ambiente que ele conhece e é bem acolhido também por nós

EO4F17: Eu acho que o serviço da saúde mental pra esse sujeito é uma coisa muito boa, aqui ele se trata, ele toma os remédios dele, quando ele fica meio caidinho, tombado ele fica até internado aqui

A importância do diagnóstico, assim como a sua relatividade, para conhecer o objeto de trabalho é reconhecida nos fragmentos de discurso abaixo:

EO1F5: foi significativo também pensar qual era o papel do diagnóstico dentro de um contexto daquele, o quanto aquilo era determinante, ou não, acho que isso foi um dos momento que foram importantes

EO1F19: ele não foi acompanhado só em relação à doença, em relação ao diagnóstico

Conhecer o contexto de vida de Emanuel dá sentido para o processo de cuidado no CAPS. As frases temáticas mostram o entendimento de que a trajetória da vida dele é consequência do contexto da suas relações familiares.

EO2F19: a trajetória dele vem a partir desse episódio, que não é um episódio qualquer que é a morte da mãe, que ele diz que é uma consequência da relação deles

EO7F5: É mais pela história de vida, por tudo, assim que ele tem passado, passou, por tudo que tava acontecendo, até judicialmente, quando fui acompanhá-lo no processo judicial

EO7 F7 eu fui conhecer esse usuário, foi a partir daí e comecei a ver o quanto ... o que tava passando na vida, sabe? Do que ele já tinha passado e foi isso que me pegou mais

O CAPS como um serviço que possibilita construir relações de confiança aparece no fragmento do discurso abaixo:

ET5F17: acho que tem a questão de conseguir estabelecer uma relação de confiança, né, na verdade com alguém, *com algum espaço ou com um grupo*

ET4F8: a gente também tenta ajudar (com organização do dinheiro), interferindo nessa negociação

A ambiência inclui reconhecer os espaços de circulação como espaços de cuidado do serviço. O cuidado na ambiência aparece no registro da informalidade.

EO3F1: tenho um contato com o E. eu diria mais informal, não tinha atendimentos formais e alguns momentos que ele solicitava aí formalizava, um contato pela circulação no CAPS

EO7F20: quando ele tá quieto é porque alguma coisa está acontecendo, então é o alerta que ele dá, quando ele para de te pedir um doce, quando ele para de procurar ou não está no serviço é porque alguma coisa está acontecendo, isso é bacana

O projeto de geração de trabalho e renda aparece como instrumento para a inserção social do usuário e possibilidade de mudança de lugar social:

EO2F2: Esse projeto de extensão é um projeto de geração de trabalho e renda, sempre alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial como cidadania e a finalidade dele, desde o início, sempre foi, ele teria que funcionar como uma possibilidade de transformação da sua realidade de vida concreta

EO2F3: um trabalho onde as pessoas possam alcançar autonomia econômica, financeira, social, autonomia de pensamento, intelectual, de escolhas e possibilidades de vida, então, esse usuário se encanta, se encaixa, tem a ver com esse projeto e a partir disso nós estabelecemos uma relação

EO2F4: a organização desse projeto é guiada pelos princípios da Reforma, de direitos e cidadania, então, desde sempre uma relação horizontal, simétrica, respeitando as diferenças inerentes às posições de cada um

A dinâmica interna das relações que se estabelecem no contexto do trabalho, no projeto de geração de trabalho e renda é apresentada nas frases abaixo:

EO2F9: o coletivo desse projeto é muito heterogêneo, então temos pessoas lá relacionadas a uma determinada religião, super ortodoxa, moralista, e que na convivência com o E. também tem que ter uma certa flexibilização pra aguentar, do mesmo jeito que ele aguenta a caretece, por exemplo, essa pessoa que tem uma formação mais religiosa, mais ortodoxa, tem que aguentar esse escracho do E.

EO2F13: não estou falando de profissionalidades, to falando que em algum momento todo mundo tem alguma fragilidade ali e não se trata de uma fragilidade porque são usuários dos serviços de saúde mental, acho que as pessoas que não são usuárias diretas também têm fragilidades, e acho que isso é uma marca, porque as pessoas sabem que tem um momento que as pessoas têm que se cuidar

De acordo com os discursos, o contexto do projeto de geração de trabalho e renda permite que Emanuel estabeleça relações distintas daquelas do cuidado cotidiano:

EO2F5: A minha relação com ele é sempre num contexto distinto do contexto de tratamento, de cuidado direto, é uma relação de trabalho e na construção de um projeto que tem um compromisso com auto gestão, com produção de protagonismo, de horizontalização de relações, de inclusão de saberes, de produção de saberes e de situações que de fato sejam da vida real

c. Os efeitos do cuidado de um serviço comunitário na vida de Emanuel

A ampliação de rede social e a transformação da vida do sujeito são colocadas como finalidades importantes do processo de trabalho do CAPS com Emanuel:

EO1F14: os efeitos são enormes ... o processo de acompanhamento do E. no serviço produziu uma imensa transformação de vida nele, nas possibilidade de relação social, de se colocar no meio, de ocupar um lugar pró ativo na vida

EO3F11: Acho que é o que a gente vê, né, que acho que é um E. com relações a gente tava conversando antes como ele era um cara fechado na sua vida, pobre de gente, de interlocução e tal e que ele é um cara rico hoje, me parece, assim o jeito como ele fala, como se relaciona com as pessoas

EO3F13: ele sempre foi assim simpático, assim fácil de relação, de contatos, mas eu o vejo com relações, me parece, menos superficiais, mais de amizade, de ampliação da sua rede social, acho que a rede social do E. hoje tem nome, sobrenome, esse eu gosto mais por isso, falo com aquele ... Acho que o impacto foi muito positivo

EO3F12: acho que tá lidando, ainda, com essa história forte dele com tudo que aconteceu mas eu vejo o E. mais é ... como vou dizer, mais inteiro, mais composto, mais integrado de si mesmo

EO7F18: A segurança que ele passa a ter, de vir contar as coisas, de vir conversar sobre qualquer assunto, de pedir ajuda então eu acho que a gente acaba passando uma certa segurança pra ele a qual ele não tinha, a qual ele sempre esteve a procura e nunca encontrou

A desconstrução e tematização dos discursos permitiram identificar que, para os entrevistados, E. assumir outras posições na vida aparece como um efeito positivo do cuidado no CAPS. O serviço estimula e tem em seu projeto institucional dispositivos que provêm a inclusão social pela possibilidade de ocupar novos lugares. O Projeto de Geração de Trabalho e Renda e o Conselho Gestor do serviço são instrumentos valorizados neste sentido.

EO1F15: se assumir como trabalhador no projeto de geração de trabalho e renda

EO1F16: se assumir na vida, nas relações, também ele passou a ocupar um lugar no serviço no conselho gestor, com uma atitude mais protagonista

O reconhecimento do papel do serviço como ator importante no processo de apropriação de Emanuel de sua própria história é destacado. Esse reconhecimento aparece pela participação na vida institucional do serviço:

EO3F10: acho que ele faz um reconhecimento da importância do nosso serviço na vida dele, da importância do nosso serviço na vida dos outros usuários, não tem um fórum que ele não esteja, que ele não valorize, né, os lugares que ele tem, o que ele ganhou, isso é uma coisa que ele fala, né, que eu acho que ele reconhece de verdade

A organização dos novos serviços que “incorporam estratégias de acolhida e continência que consideram, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais” ainda não pode ser generalizada (Barros, Oliveira, Silva; 2007). As pessoas em conflito com a lei têm dificuldade de serem reconhecidas como objeto de cuidado nos serviços:

EO2F18: porque ele diz, nas inúmeras conversas que nós temos, que outros serviços não entendiam que ele era um caso pra um serviço de saúde mental tipo CAPS

Nos fragmentos dos discursos abaixo fica clara que a ideia que se Emanuel tivesse sido cuidado, reconhecido como objeto de cuidado em outro momento de sua vida ele poderia ter tido uma chance de fazer diferente. A relação familiar também aparece como objeto de cuidado do CAPS.

EO2F23: ele me fala que ele tem dúvida se a possibilidade dele ser visto desse jeito antes, se o desfecho não teria sido outro

EO2F46: o que me chama atenção e eu não sei se dá para generalizar, mas esse estudo com certeza ajuda a pensar falando sobre isso, é que é muito triste, é muito ruim que a gente só consiga fazer esse percurso após o limite, quer dizer, que a gente ou culpabiliza e aí seria o fim, ir para uma casa de detenção ou a gente ajuda a recompor aqui

EO2F47: Eu fico pensando porque não conseguimos intervir antes. Quer dizer, to falando assim, que pena que não existiam esses terapeutas que cuidaram dele em outros serviços. E fico pensando quantos desses não estão por aí

EO3F4: É, e aí eu me emociono até hoje, e aí ele disse porque que vocês não apareceram antes na minha vida, porque acho que vocês iam conseguir ver que eu não estava em condições de ficar com ela

EO2F24: Ele acha que eram duas pessoas ali, uma relação que precisava de cuidados, e que ele não teve esse aporte, não teve possibilidade de, enfim, de fazer de um outro jeito e o resultado foi esse

Emanuel chega ao CAPS pedindo ajuda para enfrentar um momento muito difícil e intenso. Estava sozinho. As frases temáticas evidenciam que o CAPS tem um papel importante como lugar de cuidado e pertencimento. A comparação, também hipotética, da situação de E. diante da inexistência desse cuidado no serviço também é abordada:

EO6 F19: se ele tivesse ficado em outro local, não sei pra onde que iria isso e não sei se sou eu quem vejo desse jeito, pelo que eu vi, pelo que eu presenciei e ver hoje como ele está, olha, vocês realmente conseguiram

EO6F32: se não tivesse o CAPS, assim o trabalho de vocês, o E. estava na rua, com certeza, porque já tinha se perdido por outros lados, por outros caminhos e pelo menos ele está indo pra casa, direitinho, ele cumpre com uma série de coisas

O CAPS, como lugar de cuidado, é uma referência importante na vida de Emanuel. Os discursos revelam que as pessoas em conflito com a lei ficam mais expostas, mais vulneráveis e seus comportamentos carregam este estigma:

EO5F37: se não fosse o tratamento, o E. hoje certamente, ou ele estaria numa condição psicológica, psiquiátrica muito grave e, acredito eu, que o levasse a internação, não em decorrência da questão jurídica, mas questão de saúde mesmo, ou talvez até praticado um novo ato e sendo levado ao judiciário porque um descontrole emocional dele certamente o levaria pra alguma lugar que não onde ele está

EO2F44: ele poderia ter tido um desfecho muito infeliz. Ele seria mais uma estatística na lista dos incapazes, perigosos, irresponsáveis e não, ele é um cara que tem uma imputabilidade, tem uma pena a cumprir e que está cumprindo de forma digna, tá se recompondo socialmente, tá se recompondo com os seus direitos, com seus deveres, tá trabalhando, é produtivo, é responsável e tem essa culpa imensa que agora ele consegue falar dela

Para os entrevistados as pessoas em conflito com a lei são marcadas pelo estigma do diagnóstico psiquiátrico.

EO2F36: A perspectiva de vida para alguém na situação de condenado é muito difícil, ainda mais pra quem tem um diagnóstico psiquiátrico, que a gente sabe que é casa de custódia

O CAPS é avaliado como fundamental na estratégia do cuidado de Emanuel. Outras propostas, como o hospital psiquiátrico e os tratamentos

convencionais, são criticadas por não promoverem inclusão. Emanuel cumpre medida de segurança ambulatorial no CAPS.

EO5F33: Não vejo o E. na sociedade se não fosse a existência do tratamento que ele está tendo lá. Da mesma forma que acho que um hospital psiquiátrico não valeria de nada para reiserí-lo. Não é nem reiserir na sociedade mas é a questão de tratamento pra ele, qualidade de vida e qualidade de saúde do sujeito, do E.

EO5F31: acho que se não fosse esse tratamento, se dependesse efetivamente de tratamentos convencionais, praticados eu não sei ... o trabalho do CAPS, eu não conheço outros, mas especificamente esse ... é fundamental para a ressocialização do E.

EO2F17: acho que é um serviço que, da experiência que eu tenho, na relação com o trabalhador que é usuário do serviço de saúde mental é que ele pode ascender a esse lugar porque ele foi olhado como uma pessoa que precisava ser olhado dessa perspectiva, porque talvez uma perspectiva estritamente clínica, talvez o excluísse da possibilidade da clínica, do cuidado, do acompanhamento num serviço

A questão das pessoas em conflito com a lei exige como necessidade intrínseca e fundamental o acesso a defesa no campo jurídico e exige do serviço construir parcerias para que esse acesso se efetive. A possibilidade de defesa é um direito. O reconhecimento que o CAPS foi quem articulou recursos para sua defesa aparece nas frases temáticas.

EO5F1: O caso do E. chegou não sei se foi através do próprio convenio que existia entre o Instituto e a Vara Criminal, a vara do júri de Pinheiros ou talvez ele fosse amigo de alguém do Instituto. De qualquer forma ele nos foi apresentado através desse convenio

EO5F13: E. quando veio (para o IDDD) ele já estava sendo atendido pelo CAPS e acho que o CAPS naquele primeiro momento foi quem correu atrás para que fosse providenciado uma defesa pro E.

A possibilidade de refletir sobre a situação com relação ao conflito com a lei também é entendida como finalidade do processo de cuidado de Emanuel no serviço.

A vivência de Emanuel do processo legal, acompanhada pela equipe de referência contribuiu também para um processo subjetivo de elaboração.

As ações/intervenções do CAPS e a vivência do processo legal atravessaram subjetivamente esse sujeito, de acordo com as frases temáticas que seguem:

EO2F38: no campo da Reforma, no campo do direito, ao direito de defesa da liberdade, sem deixar de afirmar que tem algo, tem uma dívida, algo acontece, algo aconteceu, muito devastador e eu acho que ele vai conseguindo se apropriar disso, acho que o primeiro momento é um momento de uma certa superficialidade quando vai tratar disso, uma certa banalização quase, pra daí um movimento de aprofundamento e de reflexão e de culpa e de poder sentir culpa, de poder sentir remorso, de poder também, se ver numa situação muito difícil, enfim, acho que é um processo extremamente complexo, extremamente delicado

EO2F39: a experiência de vida dele não é simples. vou sentido que ele vai dizendo de um jeito mais qualificado, ele vai fazendo algumas reflexões com relação a como foi, como foi o desenvolvimento dele, com pai, com mãe, com família

EO2F41: a gente ainda não tem como dizer disso, mas acho que o processo de julgamento “assujeitou” ele, ele deixa de ser um louco desvairado, que comete um ato de extrema violência que resulta, a consequência é a morte, embora, nunca, essa associação seja direta, no discurso e nem as evidências, que a gente foi entendendo, mas essa relação de agressividade, de violência doméstica, de auto e hetero violência recíproca com a mãe resulta que a mãe morre, mas ele era só o bicho que fez isso, a fera que fez isso

EO2F42: quando ele se submete à lei, ao julgamento, tá lá e tem uma condenação, mas uma condenação contextualizada ele ascende ao lugar de um ser humano que fez um ato que tem que ser acertado com a sociedade, com a justiça e que em algum momento ele vai estar quites com isso

Os discursos apontam para o entendimento de que um serviço pautado nos princípios da Reforma deve poder cuidar de pessoas em conflito com a lei e encarar a complexidade que demandam, mas que essa postura não pode ser generalizada para todos os CAPS, que depende dos profissionais que compõe a equipe técnica e de um projeto institucional que olhe para essa questão. Os agentes devem estar em sintonia com o ideário da Reforma.

EO2F30: o que estou falando aqui é que não estou generalizando que isso faça parte da rotina, que todos os serviços comunitários possam fazer isso, mas estou dizendo que um serviço da Reforma tem essa responsabilidade e esse serviço admitiu que isso acontecesse lá

EO2F31: eu estou dizendo que um serviço da Reforma pode cuidar de pessoas na situação desse trabalhador, desse usuário, se os trabalhadores, também, por sua vez, tiverem sensibilidade e, eu acho que esse é o âmago do cuidado, no campo psicossocial, da Reforma, é quem é esse sujeito? do que a gente está falando aqui?

O acompanhamento de Emanuel em medida de segurança no CAPS, objeto deste estudo, é visto como uma possibilidade e uma oportunidade para o serviço avançar nas discussões sobre a interface das ações da saúde com as da justiça:

EO1F29: Eu acho que é um caso exemplar, um caso importante de se pensar nas relações ... da saúde com a justiça, elas tem que avançar

EO1F31: a gente tem tido muitas demandas do Ministério, tem tido muitas questões de interface com a justiça

Acompanhar pessoas em conflito com a lei é ainda um desafio para o CAPS e avaliado como imperativo que, principalmente, a Saúde e a Justiça se aliem na construção de novos modelos para o ampliar a inclusão das pessoas em conflito com a lei nos serviços e os CAPS são centrais nessa articulação.

EO1F11: Bom, eu estou na gerencia do serviço que acompanha e acho que é um desafio acompanhar um caso como esse

EO1F3: teve um momento significativo, pra mim, no inicio, de reconhecimento da situação do caso, da complexidade do caso

EO1F12: é um caso que ele envolve questões muito mais amplas do que saber qual é o diagnóstico, indicar qual é a conduta

EO1F13: ele inclui toda uma relação com a situação de vida, com as relações com a lei, com o jurídico, com as relações do serviço com outras instancias, então ele suscita todas essas outras interfaces que são bastante importantes e difíceis, né

EO1F25: Ele carrega uma história com bastante questões que tem interface com o campo da justiça, com o campo do trabalho

O CAPS é identificado como o serviço responsável pelo acompanhamento de Emanuel determinado pela justiça. O cuidado de pessoas em conflito com a lei é colocado como um aspecto positivo do serviço. Nas frases temáticas aparece a valorização da aposta dos técnicos mais envolvidos com esse acompanhamento. O projeto de geração de trabalho e renda também é reconhecido como um instrumento que favorece a inclusão:

ET1F30: acaba sendo positivo esse vinculo que ele tem com as pessoas, não sei se pela obrigação de estar se tratando porque ele conta pra mim que ele, que do acordo que saiu lá do juiz, que ele precisava estar em tratamento, ser entregue relatórios

ET2F28: eu acho que valeu a pena, né, nem eu estava nessa luta com você e com a [enfermeira] que foi quem pegou mais firme, ficou junto na defesa do E. [...] vocês que apostaram, apostaram que daria certo e tá dando, né

ET2F17: positivo pro serviço, eu acho que foi o fato do serviço ter comprado mesmo a luta, a luta do E., o projeto de geração de trabalho e renda né, ter dado todo esse apoio e essa aposta que o serviço fez em manter o E. aqui, e como tratamento

O CAPS é reconhecido como espaço real do cuidado para pessoas em conflito com a lei por um dos entrevistados:

EO5F12: talvez seja um dos poucos casos ou o único caso, em matéria de homicídio, que eu pelo menos tenho o conhecimento que seja o único, em matéria de homicídio, que a pessoa foi colocada em medida de segurança de tratamento ambulatorial. E eu acho que neste aspecto muito se deve ao trabalho do CAPS

Um dos entrevistados avalia que o fato do sujeito estar sendo cuidado em um CAPS contribuiu para a decisão da justiça, do cuidado em liberdade:

EO5 F14 a relação que fomos construindo com o E. , e que você vem acompanhando desde o início, que foi determinante para que até o próprio juiz vislumbasse que se tratava de uma hipótese que fugia a regra, a letra fria da lei e reconhecer que o CAPS daria conta aí de prestar o melhor serviço, preventivo ou curativo pro E. do que a simples internação

No entanto, um fragmento de discurso indica que o acompanhamento de pessoas em conflito com a lei no CAPS tem um caráter de vigilância:

ET2F27: porque que tratamento eles fariam lá, aqui não, assistido a gente tá sempre de olho, procurando, procurando que eles melhorem, não só pra sociedade como consigo mesmo

Aproximação da família é um dos instrumentos do processo de trabalho em CAPS e para um dos entrevistados isso acontecendo no caso do E.:

EO2F40: eu tenho notado que é mais interessante, desses últimos... desse último ano, talvez, e não acho que é a toa que foi pós julgamento é que a medida que ele também se depara com a lei, com o julgamento, ele se submete a esse julgamento, ele está exposto publicamente a um processo de condenação, ou de absolvição, a família começa a ter uma outra relação com ele e acho que isso é algo a ser pesquisado porque ele era o cara que era o destruidor de tudo, nesse momento o que ele vai contando da relação com os familiares, primo, tia, é de uma aproximação e de uma certa proteção, acho que esse é um movimento que é interessante

4.4 A necessária formação do trabalhador da saúde mental

Muitas são as conquistas na construção do modelo comunitário de cuidado em saúde mental, com destaque para o crescimento numérico de CAPS implantados em todo território nacional, redução de leitos psiquiátricos e fechamento de Hospitais asilares.

O novo modelo de atenção reconfigura o *objeto de intervenção*: não mais a doença e sim o sujeito-social com transtorno mental no seu contexto de vida; a *finalidade do cuidado*: não mais a remissão de sintomas mas as necessidades da vida desse sujeito e os *instrumentos*: não só remédios mas os saberes e as práticas.

Sendo assim, para uma efetiva implantação e concretização das novas práticas, pautadas pela superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, é necessário investimento qualificado na formação da *força de trabalho* em saúde. Sobre isso Barros (2004) afirma que “a Reforma Psiquiátrica só ocorrerá se os trabalhadores conseguirem visualizar o novo objeto de atenção e construir uma nova prática”.

Por meio das frases temáticas é possível inferir que os trabalhadores não têm informações qualificadas sobre a política de saúde mental para pessoas em conflito com a lei. As poucas informações sobre este tema foram construídas na prática do cuidado no serviço.

ET1F44: Não, eu não conheço quase nada. Assim de material que eu sentei pra estudar não

ET2F25: Não. A única informação que eu tenho é, foi mesmo do julgamento do E. eu achei que ele ... não, não foi nem do E. foi do M. eu achei que foi ... aquela defesa do advogado dele foi bárbara

ET2F26: concluindo que as pessoas com transtornos mentais, eles podem cumprir a pena em liberdade, assistida, né, e que é muito melhor

ET3F11: Pouca, na verdade. É ... por acompanhar aqui no serviço a vida de algumas pessoas e as discussões e desfechos dessa questão no campo da saúde mental

ET3F12: Não sei se eu tenho, tem vários atores, não sei, não tenho muitas informações sobre a política de saúde mental, tenho informações do acompanhamento disso e da diferença que faz o serviço acompanhar esses usuários inclusive nesse contexto de vida

ET4F11: Não tenho muita informação sobre essa questão. Preciso buscar mais informação sobre isso

ET5F19: Na verdade a informação que você me deu no começo da entrevista, enfim, informação muito vaga

A formação e capacitação da *força de trabalho* em saúde mental é um dos elementos fundamentais na sustentação de novas práticas da política pública.

Os discursos mostram a carência de informações sobre a política pública para sujeitos em conflito com a lei e que são usuários dos serviços públicos de saúde mental para todos os trabalhadores.

O conhecimento sobre a situação das pessoas em conflito com a lei baseia-se no senso comum:

ET1F45: eu sei o que as pessoas me contam ou que eu vejo, às vezes, num programa de tv. algum caso que chama mais atenção na mídia eles ficam passando, de verdade eu não tenho nada concreto, o que os outros me contam e um pouco que eu vou pegando aqui e ali

Um fragmento de discurso explicita que uma pesquisa como esta pode contribuir para pensar nas questões de violência, um tema comum no cotidiano do serviço:

EO244: Como se trata de um estudo científico, acho que fortalece a perspectiva de que o limite da violência dos processos ilícitos, dos processos muito fora da lei, remete sobre as complexidades das suas origens, de onde vem e que é muito limitado pensar que isso é individual, é subjetivo, é só desse ser humano

EO3F14: esse tema saúde, justiça e direitos, ele é muito precioso e muito instigante e muito importante pra Reforma

5. Discussão

Esta Pesquisa Qualitativa demonstra e analisa uma situação real de cuidado em liberdade de uma pessoa cumprindo Medida de Segurança num CAPS III e se apresenta como uma experiência demonstrativa.

O presente estudo foca uma situação que provocou a construção e a invenção de estratégias de cuidado que contribuiriam para garantir o cuidado em liberdade, tendo como ponto de partida garantir o acesso ao *direito à defesa*.

Cuidar em liberdade de pessoas em medida de segurança, no contexto dos serviços comunitários é ainda um tema pouco discutido e analisado e diante disso pretende-se com este estudo contribuir para a discussão.

5.1 Narrativa da história de vida de Emanuel

A história de vida deste sujeito aponta para a contemporaneidade das discussões sobre a questão do louco infrator e indica a necessidade de se conhecer e problematizar como os serviços se organizam, ou deveriam se organizar, para dar conta da complexidade dessas situações que envolvem o agenciamento de diversos recursos. É imperativo pensar, como colocado na IV Conferência, que a construção de políticas públicas de atenção à saúde mental requer um caráter intersetorial.

Trata-se, neste estudo, do acompanhamento da trajetória de Emanuel, na vida e no cuidado, desde que ele procurou o CAPS após a morte de sua mãe, vivendo a angústia de ser acusado como o autor deste crime, quando chegou ao serviço com o processo ainda em fase inicial de investigação na delegacia que registrou o fato, e os dados dessa investigação foram encaminhados para o Ministério Público que instalou um processo criminal e o corolário dos tramites jurídicos se iniciou.

O primeiro momento de Emanuel no CAPS foi o acolhimento.

O acolhimento deve ser o primeiro encontro entre pessoas que se abrem para a possibilidade do profissional (*agente do processo de trabalho*) escutar o que o usuário (*objeto do processo de trabalho*) conta e solicita.

Cabe ao trabalhador ouvir o relato dessa singularidade e se deixar tocar por ele, abrindo mão de concepções pré-estabelecidas e se oferecer para a possibilidade real de um encontro.

Uma posição coerente com o que Basaglia indica: “eu não sei nada sobre loucura, eu não sei nada sobre esse homem que está à minha frente, que vive dentro de um manicômio” (Rotelli, 2001).

O profissional de saúde deve estar disposto ao encontro com uma singularidade e uma subjetividade que lhe são desconhecidas. A dificuldade e o desafio são mais intensos quando se trata da realidade e do destino de uma pessoa que vive uma experiência de sofrimento psíquico intenso, incluindo um ato delituoso.

Para um delito grave a lei indica, mais frequentemente, dois destinos principais: a prisão, para o imputável e o Hospital de Custódia, para o inimputável.

Neste sentido, ter conhecimento sobre o contexto jurídico que envolve as pessoas que são usuárias dos serviços de saúde mental e estão em conflito com a lei no Brasil pode qualificar, contextualizar e sustentar a discussão contemporânea sobre a possibilidade do reconhecimento do direito a ter direito de defesa e do cuidado em liberdade para essas pessoas.

Diante disso as frases temáticas de um entrevistado especialista na área jurídica, que compõe o universo de sujeitos deste estudo, contribuiu com informações sobre o contexto do Direito, mais especificamente sobre o Código Penal brasileiro e são apresentadas abaixo.

No Brasil

o Código Penal prevê que se a pessoa é considerada inimputável, necessariamente é a medida de segurança a ser aplicada. Tem que ser uma internação. Por aí existem casos de semi imputabilidade em que pode se pensar até num tratamento ambulatorial (EO5F10).

Sobre os tipos de penas previstas no Código Penal brasileiro⁷ para o caso de Emanuel, no rigor da lei, o desfecho seria a internação em hospital de custódia.

7 Código Penal Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. I SEÇÃO DAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE- Reclusão e detenção: Art. 33 - A pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semi-aberto ou aberto. A de detenção, em regime semi-aberto, ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) § 1º - Considera-se: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) a) regime fechado a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média; b) regime semi-aberto a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar; c) regime aberto a execução da pena em casa de albergado ou estabelecimento adequado.

EO5F11: a inimizabilidade e a reclusão, que é a pena recomendada para o crime de homicídio, que inclusive no caso dele foi considerado hediondo, porque duplamente qualificado, então seria imperioso, imperativo legal que fosse aplicada uma medida de segurança de internação e aí respeitados os prazos mínimos, mas ele teria que ser levado a um hospital, custodiado num hospital psiquiátrico

Por outro lado, a Defensoria Pública, corroborando a interpretação da posição da defesa de Emanuel, agenciada por sua equipe de referência, busca nestes casos, desvincular a relação que a lei estabelece: crime punido com reclusão igual a internação e crime punido com detenção igual tratamento ambulatorial (Campos, 2013).

Argumenta-se que quando o réu é inimputável, que a internação só deverá ocorrer se houver real necessidade, que o médico é que deverá orientar nesse sentido. Muitas vezes, até há um parecer favorável do psiquiatra ao tratamento ambulatorial, mas a lei manda aplicar internação quando o crime é punido com reclusão, como por exemplo, roubo, furto, tráfico, estupro (Campos, 2013).

Só cabe tratamento ambulatorial nos crimes punidos com detenção, que normalmente são crimes menos graves. A atuação da Defensoria, nessas situações, mesmo em crimes graves é tentar, à luz da Lei 10.216/01, convencer o juiz a não aplicar a internação se não houver necessidade, ou seja, se a pessoa está bem, responde bem ao tratamento, deve continuar no tratamento ambulatorial, pois “nos crimes mais graves a pessoa normalmente fica presa e o objetivo é que ela responda em liberdade, o que, em regra, é bem difícil, principalmente se já teve algum processo” (Campos, 2013).

O critério da aplicação de penas e, conseqüentemente da medida de segurança, mudou depois da reforma do Código Penal em 1984.

EO5F15: Antes da reforma de 1984, o critério de aplicação de pena, chamava-se duplo binário. Ao camarada que cometeu um determinado crime aplica-se uma pena privativa de liberdade. Em regra, aplicava-se três anos, quatro anos de reclusão e se ele apresentasse periculosidade também se aplicava concomitantemente uma medida de segurança

EO5F16: esse sistema (antes da reforma de 84) tem duas penas que incidiam ao mesmo tempo: a restritiva de liberdade e uma devido a periculosidade do agente, onde aplicava-se uma medida de segurança

EO5F17: A medida de segurança não tem um prazo determinado de validade, então é levado ao conhecimento dos psiquiatras, dos psicólogos e, se tinha cessado aquela periculosidade, ele poderia ser

reinserido na sociedade, caso contrário, não. Então, chegava-se em alguns casos da pessoa cumprir a pena, mas ela era mantida no sistema na medida em que não se reconhecia uma cura, ou uma cessação da periculosidade, e mantém a medida de segurança, são aqueles casos que se dizia que poderia ocorrer uma prisão perpétua

EO5F18: Até hoje isso ainda é discutido, a validade, qual o tempo de duração de uma medida de segurança

EO5F19: Com a Reforma foi instituído o sistema vicariante que é o que hoje está em vigor: pena, quando considerada a imputabilidade do agente, ou medida de segurança se o agente é considerado inimputável ou semi-imputável.

A aplicação de medida de segurança tem como prerrogativa a questão da *periculosidade* e não o delito em si. O eixo do julgamento desloca-se do crime para quem é o indivíduo que o praticou, ou seja, leva-se mais em conta quem é o sujeito do que a natureza do crime.

A medida de segurança “trás no bojo a *periculosidade* da pessoa [que é] mais que uma pena, embora seja uma forma de restringir a liberdade do indivíduo, ela se volta mais para uma prevenção, talvez um método curativo, preventivo do agente” (EO5F20).

Isto porque com relação à aplicação da medida de segurança, são duas as ideias que a sustenta: *inimputabilidade* e *periculosidade*.

A *periculosidade* associada à loucura e mais fortemente aos “loucos” que cometem crimes parece natural e permeia os discursos jurídicos, psiquiátricos e da sociedade de forma geral. Mas será que sempre foi assim?

Considera-se oportuno uma breve genealogia do conceito de periculosidade⁸.

Barros-Brisset (2011) parte de sua experiência com os sujeitos acompanhados pelo PAI-PJ/MG e da pergunta: “como esse significante ‘periculosidade’ se aclimatou e se imiscuiu no tecido social de modo tão intrínseco e natural, de tal sorte que as relações com esses sujeitos não podem hoje ser tomadas sem consideração a esta idéia”?

Para responder tal pergunta, traça a construção histórica do conceito.

⁸ Genealogia do conceito de periculosidade. Fernanda Ottoni de Barros-Brisset, coordenadora do PAI/PJ/MG onde a autora apresenta um resumo de sua tese de doutorado sobre o tema.

- Antiguidade: nos cânticos de Homero (Século VIII antes de Cristo) a loucura era personagem, e sua causa remetida ao desígnio dos deuses, mas não era cantada como perigosa. As tragédias gregas não eximem o sujeito de se responsabilizar pelos seus atos⁹ e as tragédias Antígona e Orestes são exemplos onde se pode verificar essa concepção sobre a loucura.
- Final da Antiguidade grega: com “a ideia de que a causa de muitas alterações do comportamento das pessoas poderia ser atribuída a alguma doença que se instalou no organismo humano” (Barros-Brisset, 2011), os atos loucos deixam de ser considerados como desígnio dos deuses e sim como provocados por uma doença. Hipócrates (século V antes de Cristo) considerava a loucura uma doença como qualquer outra, causada pela alteração dos humores. Nessa concepção a loucura, como as outras doenças poderiam ser tratadas e curadas.

Para a autora,

o percurso do pensamento hipocrático é fundamental para localizar as transformações de sentido sofridas nas interpretações de seu ensino, responsável pelo apagamento da ideia da afecção mental como uma situação, para dar lugar à identificação das doenças mentais como manifestação de uma lesão anatomicamente localizada (Barros-Brisset, 2011).

No entanto, foi o médico e filósofo romano Claude Galeno, do século II depois de Cristo, baseado nos seus estudos e dissecações do cérebro humano, quem deduziu que a causa da loucura estava em lesões do encéfalo. Assim, introduziu a ideia da doença como lesão permanente, substituindo seu caráter episódico como no entendimento de Homero. Barros-Brisset (2011) enfatiza que “recuar tão longe foi importante para recolher do legado da medicina grega, a concepção da ideia de ‘*déficit permanente*’, relativo às afecções nervosas”.

Como as ideias de Hipócrates foram apresentadas ao mundo através das interpretações de Galeno, seu maior tradutor e interprete, a ideia da loucura como *déficit permanente* e não como *episódica*, como entendia Hipócrates através de sua observação direta do convívio com os doentes que atendia, foi a que perdurou.

⁹ Sobre esse tema sugere-se a leitura do livro de Isias Pessotti “A loucura e as épocas” onde o autor analisa a evolução do conceito de loucura da Antiguidade Clássica ao século XIX.

Nesses textos não há referências de periculosidade associada a essas doenças mentais.

Desta forma, a ideia do *déficit permanente*, mesmo não tendo sustentação atual com relação à etiologia da doenças mentais, permaneceu no discurso médico e é um elemento importante na construção do conceito de periculosidade.

- Idade Média: a questão central aqui é a origem do mal (teodiceia) e neste período se destacam as formulações de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino.

Para Santo Agostinho o mal é visto como um desvio da substância suprema, que é Deus e é daí

que decorre a ideia do pecado como desvio, e da graça, como sendo a aproximação (de Deus). O conceito de livre arbítrio é formulado nesta época e contribui para responsabilizar, não a Deus, mas os homens, pelo mal. Os sacrifícios e as peregrinações são formas dos desviantes expiarem o mal. É nesse momento histórico que Foucault localiza o nascimento dos hospícios, concebidos inicialmente para hospedar os peregrinos e também indica que a Nau dos Loucos pode ter sido um navio de peregrinações (Barros-Brisset, 2011).

Sobre isso e seguindo a construção do conceito de *periculosidade* associado à loucura,

em Santo Agostinho o mal manifesto no pecado poderia sugerir uma situação episódica, desviante, o remédio era o sacrifício, que poderia conceder ao pecador a graça de retornar ao caminho da substância suprema; porém, em São Tomás de Aquino, como o mal foi tomado como algo que está nas coisas, alguns entes podem portá-lo, de modo permanente (Barros-Brisset, 2011)”.

Esse pensamento deu origem à ideia de possessão e exorcismo.

E mais uma vez Barros-Brisset (2011) diz que nesse período “não encontramos a figura de indivíduos perigosos, e sim, a de anjos maus ou indivíduos possuídos”.

Em resumo

Desse período, vai restar essa mutação na ideia do mal: esse deixou de ser um desvio possível a todos, desde o pecado original, ou seja, na origem do homem também está o mal e o que cada um vai fazer com isso é por conta da sua responsabilidade (livre arbítrio) – tese agostiniana; e passou a ser concebido como algo que está nas coisas, como uma qualidade imanente em alguns anjos e encarnados em alguns corpos, e estes indivíduos, cujos corpos foram possuídos, não serão responsáveis pelo o que seus corpos fazem enquanto perturbados pelo demônio (Barros-Brisset, 2011).

O período medieval não colocou a loucura como um mal em si, mas vem deste período a ideia do mal como algo moral. Essas ideias aparecem nos manuais dos inquisidores que se tornaram referência para os primeiros manuais de psicopatologia.

- Após a Idade Média: a loucura “irrompe como aquela que traz em si um saber próprio sobre a natureza do homem, como algo que faz parte dele” (Barros-Brisset, 2011). O homem passa a ser fonte e objeto de conhecimento. A loucura passa, então, a ser considerada e entendida em relação à razão.

O termo alienação mental foi usado pela primeira vez em 1625 por Felix Plater e o louco foi visto como alguém privado de razão (Barros-Brisset, 2011). E ao longo do século XVII as concepções organicistas, da loucura como falta de razão e a metafísica, da loucura como possessão, andavam juntas.

Aos poucos a loucura associada a um mal psíquico foi ganhando contorno e a necessidade de criar lugares para os loucos passou a ser uma necessidade: foi a época da grande internação.

Neste contexto, Philippe Pinel (1745-1826) reformula

o conceito de alienação mental, e de forma inédita, fez a síntese entre organicistas e metafísicos, ao indicar que nos alienados se encontram enxertados, de forma composta e essencial, a lesão e a tendência ao mal (Barros-Brisset, 2011).

Essa concepção de déficit moral associado à loucura leva a “presumir no horizonte desta doença, a violência, a crueldade, a maldade. Eles não são responsáveis, não são delinquentes, e sim doentes” (Barros-Brisset, 2011).

A alienação seria, então, uma forma de submissão do intelecto às paixões, conforme descrito no Tratado Médico-Filósofico sobre alienação ou mania, de Pinel, lançado em 1801, quando inaugurou a constituição da psiquiatria. Assim, a loucura passou a ser concebida como doença essencialmente mental e a causa relacionada a um déficit moral. Pinel propõe, a partir disso o Tratamento Moral, organizado com base em três princípios básicos: trabalho, disciplina e vigilância.

Segundo Barros-Brisset (2011) foi

na obra pineliana que, de fato, se inaugurou a ideia de uma loucura perigosa por si [...] Desde então, veremos a ideia de uma loucura perigosa, imprevisível, violenta, sem culpa e sem razão [...] A doença desculpa o crime, atos sem culpa. Por isso o tratamento passa a ser moral (Barros-Brisset, 2011)

No início do Século XX, a medida de segurança foi instituída pelos legisladores dos Estados modernos, como resposta à questão da periculosidade e como forma de proteção social. O debate que se seguiu a isso diz respeito à discussão sobre os limites do Estado no controle da vida dos seus cidadãos.

A medida de segurança é considerada inconstitucional por juristas e inadequada, do ponto de vista do cuidado, por profissionais da saúde e da justiça.

Por exemplo, Diniz (2011) aponta como um dos resultados mais importantes nos dados do Censo realizado nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ECTPs, publicado em 2011, que não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos e acrescenta

O diagnóstico psiquiátrico não é o determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais (Diniz, 2011).

Esta posição é compartilhada com a opinião especializada da defesa de Emanuel, ou seja, desta perspectiva,

a gravidade do crime num caso de inimputabilidade deve ser deixada um pouco de lado e estudado mais o indivíduo. É basicamente isso: o indivíduo é a razão principal e não o crime em si [...] ao contrário do que acontece com o criminoso vulgar ou comum, em que a pena a ser aplicada é determinada em razão da gravidade do delito, então a ofensa ao bem jurídico requer uma pena maior na medida em que atinge de uma forma mais incisiva a sociedade (EO5F28).

Ocorre que Emanuel procurou outros serviços e não foi identificado como objeto de cuidado, ficou sozinho no cuidado de si mesmo e com sua mãe que exigia mais do que ele conseguia dar. O contexto, intensificado pelas quatro paredes do espaço privado da casa, isolou essa família da possibilidade de uma interferência externa que talvez pudesse ter contribuído para mudar o rumo das coisas.

Vítima desta prisão existencial passa a réu.

Nesse sentido concorda-se com Diniz (2011) quando diz que

é possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional (Diniz, 2011).

E acrescenta

seja porque o louco se mantém em casa e não reconhece a rua como seu espaço de sociabilidade, seja porque a casa é um espaço de risco, é na família que se concentram os homicídios (49% do total dos internos em Estabelecimentos de Custódia e tratamento Psiquiátrico, ECTP) (Diniz, 2011).

Diz ainda que a

casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidade pelo sucesso da desinternação do indivíduo. Primordialmente, é o Estado quem deve tomar para si o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais (Diniz, 2011).

São análises referentes à população interna nos ECTP, mas se aplicam de forma cabal ao contexto de vida de Emanuel e quiçá de outros tantos usuários dos serviços de saúde mental.

Talvez se ele ou essa família tivessem tido a oportunidade de cuidar dessa relação conflituosa o destino fosse outro. Sobre isso nada se pode afirmar, só formular hipóteses. A informação obtidas nos relatos sobre o contexto de vida de Emanuel é que ele ficou jogado à própria sorte, sozinho, muito precocemente, diante de questões complexas como o cuidado com a mãe, os problemas mentais da mãe, seu próprio cuidado e seu processo de crescimento.

Ele conta com muita angústia que vivia “preso” nesta relação e nesta casa. Não podia e não conseguia encontrar formas para sair dessa relação que o

acorrentava a um não ser, sem vontade própria, sem conseguir circular pela cidade e pela vida.

A questão da violência familiar nos remete ao espaço da casa e do morar, que, colocado por Saraceno, é um dos eixos da reabilitação como cidadania. É, então, função dos serviços que se propõem a trabalhar com a emancipação dos sujeitos, se ocupar da casa como espaço físico e do habitar como “ativação de desejos e habilidades” (Saraceno, 1999)

Na narrativa encontramos que Emanuel tem muita dificuldade em enfrentar a resolução dos inventários que concretizariam para ele ser dono de sua própria casa. Evidencia-se neste aspecto que a casa concreta para Emanuel está impedida por sua dificuldade em conseguir habitar a vida, entendida como uma posição subjetiva que permite a ampliação de trocas sociais.

Não é objetivo específico deste estudo tecer uma análise psicodinâmica desse sujeito, mas não se pode deixar de levar em conta que o processo de crescimento e amadurecimento de qualquer pessoa é um processo subjetivo e complexo, tecido nas possibilidades e impossibilidades da rede de relações objetivas e subjetivas que se tem ou se consegue ter.

Reconhecer o novo objeto e as novas necessidades dessas pessoas não é ainda um enunciado óbvio para os serviços da Reforma Psiquiátrica, essa problemática foi identificada no discurso dos entrevistados conforme apresentado nos resultados.

O acolhimento de Emanuel antes de torna-se réu foi negado pelos serviços anteriores porque ele, de alguma forma, não se encaixava no perfil dos serviços, via de regra mediado por critérios médicos e sanitários, isto é triagem, sintoma, diagnóstico e procedimentos protocolares.

Essas soluções, que excluem os sujeitos das estratégias de cuidado, são fadadas ao fracasso diante de uma situação complexa como esta, pois o sujeito “não larga a corda da vida, só se morrer. Fica por ali, apegado, forçando um jeito de entrar com sua exceção” (Barros-Brisset, 2010).

Exceção ou não Emanuel só conseguiu ser acolhido num serviço de saúde mental após o “leite transbordar”, aí como réu, como ele mesmo diz.

Nesse sentido, o que deve se impor no ato de cuidar das pessoas com transtornos psíquicos, ainda é um desafio a ser enfrentado: quem é esse novo objeto e quais suas necessidades? (Barros, Oliveira e Silva, 2007).

É também o início do processo de cuidado de Emanuel no CAPS.

As análises sobre as estratégias clínicas e psicossociais de Emanuel serão apresentadas a seguir.

5.2 Processos de Trabalho em Saúde Mental

O cuidado no campo da Reforma Psiquiátrica é entendido como o processo de construção de projetos singulares, individualizados, elaborados no encontro entre o trabalhador (*força de trabalho*) e o sujeito (*objeto de trabalho*) a partir de suas necessidades. Para que esse encontro se efetive e produza uma relação de cuidado coerente com as diretrizes da política pública entende-se que os agentes necessitam inventar, produzir ou acionar *instrumentos de trabalho* eficazes e eficientes para cada necessidade dos usuários.

- **O agente ou a força de trabalho em saúde mental**

É o *agente* (força de trabalho) quem

observa uma situação que precisa ser resolvida, uma necessidade, um problema, e é ele quem estabelece *onde, como e porque* vai investir sua energia, sua força criativa, sua capacidade de e para transformar aquela situação (Aranha e Silva, 2012).

Porque quando o agente “elege um *objeto de trabalho*, vê nele a possibilidade ou a potência de transformação, porque esta é a característica do *objeto*, isto é, sofrer a ação do trabalho humano e transformar-se” (Aranha e Silva, 2012).

O campo psicossocial parte do princípio de que diante da complexidade do objeto são necessários múltiplos arranjos profissionais (Aranha e Silva, 2005).

Verifica-se que há coerência entre esta afirmação e a necessidade de vários agentes para dar conta da complexidade de Emanuel¹⁰.

Neste caso são 06 (seis) os profissionais mais próximos do cuidado e acompanhamento do PTS de Emanuel.

Uma equipe composta por 01 (um) psicólogo, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) psiquiatra e 03 (três) auxiliares de enfermagem, perfazendo uma média etária de 37,6

¹⁰ Por tratar-se de um estudo de caso que se propõe a estudar como o CAPS cuida de Emanuel e quais os efeitos deste cuidado na vida dele, avalia-se que a pesquisadora deveria ser identificada como parte da força de trabalho encarregada deste cuidado, compondo junto com os outros técnicos sujeitos da pesquisa.

(trinta e sete virgula seis) anos de idade e uma média de 06 (seis) anos de tempo de serviço.

Estes agentes informam que a capacitação para o trabalho é um aspecto importante para a sustentação da prática porque deste universo de agentes, 05 (cinco) investiram em cursos de capacitação ou de qualificação específica em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Não é tarefa fácil superar, enfrentar e modificar as formas tradicionais de cuidado no campo da saúde mental, em particular quando isso diz respeito à construção de projetos para pessoas em conflito com a lei.

- **O *objeto* de trabalho**

O modelo de cuidado em saúde mental que entende o *objeto de trabalho* em saúde e pensa esse objeto como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos e valoriza o sujeito e sua singularidade, altera radicalmente o campo de conhecimento e de prática da saúde coletiva e da clínica (Campos, Onocko Campos, 2006).

Os entrevistados têm a percepção de Emanuel como uma pessoa (*objeto de trabalho*) complexa e contraditória que provoca ao mesmo tempo sensação de encontros interessantes e inconvenientes, mas com questões sempre referidas às suas próprias experiências de vida, no seu próprio contexto de vida, de forma auto-referida e transbordante.

Isso corrobora com a ideia de que as pessoas que procuram um serviço como os CAPS apresentam uma situação que estão sentindo como “um problema” e que provoca sofrimento, é assim que apresentam sua “necessidade de saúde”, e o apresentam para alguém – *os agentes do processo de trabalho* – que irão ou não acolher essa necessidade. Caso seja acolhida começa-se a estruturar um processo de trabalho que contemple as necessidades apresentadas e “os critérios adotados para essas decisões são muitos e bem variados” (Merhy, 2000).

Ao ser reconhecido pelo serviço “concretiza-se um trabalho que toma centralmente um conjunto de sabedorias e práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo problema de saúde” (Merhy, 2000).

Os critérios adotados pelo projeto terapêutico institucional do serviço devem considerar o “objeto de ação de saúde” numa dada interação com o plano individual ou coletivo e visam alterar a lógica do sofrimento ou do seu percurso (Merhy, 2000).

Os resultados apontam que no processo de cuidado no CAPS identificou-se a necessidade de Emanuel contar sobre seu contexto de vida de forma insistente. Este *objeto de cuidado* enuncia um assunto difícil de ouvir, que exige de seu interlocutor paciência e disponibilidade para entender e acolher essa necessidade que muitas vezes o expõe ou expunha uma dor muito intensa. Mas essa atitude parece ter o sentido para Emanuel de se apresentar publicamente com seu histórico ou de tornar público o que acontecia entre as quatro paredes da sua vida privada com a expectativa de confirmar se era aceito ou não, culpado ou inocente.

É um sujeito (*objeto de trabalho*) que precisa falar, contar e recontar a sua história, procurando encontrar nessa repetição um sentido ou um alívio para o que vive e viveu. Muitas vezes não discrimina seu interlocutor, fala para quem estiver perto e se dispor a ouvir. É a necessidade de falar que se impõe e não o aspecto relacional de um diálogo, vínculo ou relação terapêutica.

É importante contextualizar que entre a chegada do usuário ao serviço e o processo de julgamento decorreram-se seis anos. Durante esse período o usuário percorreu e se submeteu às exigências legais: depoimentos, entrevistas com advogado, exames periciais, audiências com o juiz. Foi considerado inimputável, isto quer dizer irresponsável juridicamente, em razão de sua doença mental.

Isso quer dizer, “no entendimento do legislador, quando um crime é cometido em consequência de uma perturbação mental, o sujeito não terá como responder por seu ato” (Barros-Brisset, 2010).

Diante disso

devemos nos apaixonar pela ideia de que sabemos muito pouco e permitir que essas pessoas nos contem o que sabem sobre o seu sofrimento e a possibilidade de sair dele a partir do respeito à complexidade que o constitui (Barros-Brisset, 2010).

Essa necessidade de falar do usuário remete à discussão das implicações com relação à aplicação de medida de segurança para as pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Essa condição – estar em medida de segurança – impede, pela inimputabilidade e pela indefinição do prazo para o fim desta medida, condicionada ao exame de avaliação de cessação de periculosidade, que Emanuel (*objeto de trabalho*) tenha uma referencia externa, da Lei, com relação a responsabilização pelos atos.

Por outro lado, e diferente do caso de Emanuel, no trabalho de acompanhamento dos pacientes do programa PAI-PJ percebe-se

que há diferença na condução desses casos quando a Justiça convoca o sujeito a responder pelo que fez, mesmo que lá ele nada soubesse. É no caminho dessa construção que um cálculo se torna possível. Não é humano ser inimputável, sem direito a responder por sua palavra, gesto ou ato, ou seja, condenado ao sepulcro do silêncio e ao exílio social eterno, como uma coisa muito perigosa (Barros-Brisset, 2010).

É nesse lugar que reside a necessidade de Emanuel repetir e repetir a sua história, se apresentando aos interlocutores num processo de julgamento cotidiano, procurando encontrar ali, naqueles “desabafos” um sentido e supostamente um perdão, ou uma forma de estar quite com a ordem social.

Aparece aqui como uma insistência em confirmar que é aceito apesar do que aconteceu. Encontrar e apresentar justificativas na sua própria história que possam servir como “atenuantes” do ato que praticou.

Sobre isso continua Barros-Brisset (2010)

Ao ser convocado pela Justiça a responder pelo seu ato, assistimos, com base na experiência com esses casos, à construção do crime através da resposta de sujeito suportada pela linguagem. Ao refazer o ato, a palavra produz um sentido necessário lá onde estava o sem sentido; localiza-se o excesso pelo qual o sujeito se responsabiliza. Do seu jeito, cada um responde pelo que fez (Barros-Brisset, 2010).

Também é importante destacar que ao se referir a este *sujeito* como pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei afirma-se uma dupla exclusão: como louco e como criminoso.

Os discursos evidenciam resultados colocam que Emanuel sofre com o estigma e a exclusão social, situação comum às pessoas com transtornos mentais, e mais intensa quando agrega-se a essa condição estar em conflito com a lei.

Sobre o estigma, e baseado nas ideias de Goffman, Santos (2013) o define “como uma diferença indesejada, atributo pejorativo que implica na intolerância do grupo, e quando relacionada à doença mental gera o medo do desconhecido, exclusão e um conjunto de falsas crenças que são originadas da falta de conhecimento e de compreensão sobre os transtornos mentais” (Goffman apud Santos, 2013).

Com relação à questão da exclusão e de acordo com Castel (1997) é necessário tomar alguns cuidados quando se usa o termo exclusão. Em primeiro lugar, o autor aponta que o termo é usado para “rotular com uma só qualificação puramente negativa que designa falta, sem dizer no que ela consiste nem de onde provém” e em segundo salienta que o conceito se refere a situações-limite que só “tem sentido quando colocadas num processo” (assim sendo) “a exclusão se dá efetivamente pelo estado de todos que se encontram fora dos circuitos vivos das trocas sociais” (Castel, 1997).

A fragilidade da rede social de Emanuel também é mencionada no discurso dos entrevistados. Essa fragilidade provoca um estado de vulnerabilidade relacional que é entendida como “aquela situação gerada pela ausência ou fragilidade de vínculos de inserção comunitária” (Martí apud Muramoto, 2008). A fragilidade de redes sociais de afeto e pertencimento é uma característica comum da população com experiência intensa de sofrimento psíquico.

Os entrevistados têm dúvidas com relação ao vínculo que Emanuel estabelece com o serviço, em função da forma como se apresenta. Essa forma de apresentar-se, divertido, informal, superficial e ao mesmo tempo triste, emocionado, mas sempre referido às suas próprias experiências, subjetivas e objetivas, provoca dúvidas e constrangimentos com relação ao seu compromisso e responsabilização com o seu processo de cuidado.

O que poderia ser considerado o vínculo de amizade que pode ser visto como o que “proporciona uma presença continuada que permite furar o cerco da separação fundamental de uma sociedade onde essas pessoas não têm lugar para existir ou de um grupo humano do qual vivem separadas” (Lancetti, 2006) fica comprometido e em suspensão, à espera de um reposicionamento explícito e real de Emanuel nesta direção.

O autor enfatiza que algumas relações terapêuticas só podem acontecer com um amigo, com um semelhante, em quem se pode confiar. O Acompanhante Terapêutico, nas suas origens, era definido como amigo qualificado e contemplava a dialética que se estabelece na relação de uma dupla, onde se define uma função clínica e terapêutica (Marinho, 2009).

- **Os instrumentos de trabalho**

Para se efetivar o cuidado de Emanuel o CAPS lançou mão de vários instrumentos.

Os *instrumentos de trabalho* são o modo pelo qual a energia vai entrar no processo de trabalho para modificar o objeto. Devem ser capazes de sintetizar as qualidades antevistas da matéria e o projeto/previsão da ação transformadora (Marx, 1983).

Também é característica do instrumento ser adequado à sua finalidade e articulado com ou outros elementos do processo de trabalho (Gonçalves, 1992).

Sobre isso coloca Aranha e Silva (2012) que

somente o ser humano tem essa capacidade de identificar o melhor intermediário entre ele (força de trabalho) e objeto de trabalho a ser transformado, e se este instrumento de trabalho não existe, ele inventa (Aranha e Silva, 2012).

E acrescenta que

existem alguns instrumentos fundamentais para o trabalho em saúde mental, os conhecimentos já produzidos sobre o funcionamento psíquico, funcionamento das dinâmicas familiares, formas de relacionamento interpessoal, ação dos fármacos, forma de produzir um processo de comunicação que seja terapêutica (Aranha e Silva, 2012).

Os *instrumentos* de trabalho devem ser compartilhados na construção dos projetos terapêuticos singulares e produzir estratégias de cuidado que façam sentido para o sujeito, *objeto do cuidado*. Os *instrumentos* devem, então, antever a potencia da transformação dos sujeitos rumos a maior autonomia e cidadania.

Os discursos apresentados evidenciam que Emanuel foi acolhido no CAPS, que foi ouvido como sujeito, que foi respeitado em sua subjetividade.

O momento da chegada de Emanuel ao CAPS foi marcante com relação a abrir possibilidades de circular na vida, de ampliar sua rede social e ocupar novos lugares.

Sobre o acolhimento inicial (*instrumento de trabalho*), sobre a chegada do sujeito ao serviço Barros-Brisset (2010) entende que o que é oferecido pelo serviço é “mais do que um diagnóstico e um saber fazer, é a hospitalidade, a oferta de um lugar para o sujeito depositar o sofrimento que porta em si, para desembaraçar-se disso” E o sujeito tem sua forma de se apresentar, seu jeito de chegar.

Emanuel chegou só e pedindo socorro! Ao serviço, diante desse grito, compete “fazer caber na rede de sociabilidade, nesse espaço em comum, o mal-estar que lhe é próprio, deslocando essa coisa estranha para o laço com os outros”. (Barros-Brisset, 2010). O sujeito, objeto de cuidado,

é preciso recebê-lo, acolhê-lo do seu jeito, para que, aos poucos, no seu tempo, encontre um modo de fazer com que isso se acomode nas palavras e na instituição, despregando um pouco dele, fazendo com que porte um pouco menos da substância de seu sofrimento, para que seja um pouco menos portador de sofrimento (Barros-Brisset, 2010).

A *escuta* como uma relação terapêutica (*instrumento de trabalho*) pressupõe um processo dialógico, há necessariamente pessoas em comunicação, em sintonia, em disposição afetiva para um encontro.

Os discursos dos entrevistados evidenciam que a relação terapêutica (*instrumento de trabalho*) está atravessada por um certo constrangimento dos agentes diante do que Emanuel conta sobre a situação vivida e que o levou a situação de réu. Esse atravessamento dificulta que Emanuel apareça em sua subjetividade, com suas fragilidades, mas também com sua potências. Os discursos permitem inferir que a equipe vê Emanuel mais como vítima o que dificulta colocá-lo como protagonista do seu cuidado.

Isso é ressaltado nos discursos como um instrumento importante para o cuidado de Emanuel. De um lado a escuta permite que o trabalhador conheça as necessidades objetivas e subjetivas de Emanuel e, por outro lado, a escuta permite, pela própria repetição, como é o caso de Emanuel, que ele reflita, resignifique sua experiência, que pense sobre seu mundo objetivo, suas necessidades, sua subjetividade. A boa escuta é a base para a construção de uma boa relação terapêutica.

Sobre esse *instrumento* coloca Ayres

Por trás dessa rubrica há elementos fundamentais para o cuidado. Por exemplo, é preciso *ouvir mais*. Ouvir mais porque o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico foi sendo progressivamente substituído pelo impressionante arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvido ao longo do século XX [...] é pelo relato que constrói um enredo, e ao fazê-lo, dispõe de personagens, tempo, lugares, ações, sentimentos, de modo que se atribui aos padecimentos e carecimentos de cuidados o seu sentido, tornando-o compreensível (Ayres, 2009).

Outro *instrumento* identificado nos discursos são as *conversas informais*.

São conversas que ocorrem na *ambiência (instrumento de trabalho)* e, portanto dentro do contexto de cuidado, uma vez que teoricamente

todo o espaço do serviço, incluindo as relações que aí se estabelecem, formam o contexto onde os processos de trabalho em saúde acontecem [...] em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um contato entre um trabalhador e um usuário, como no caso do vigia, há produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica (Merhy, 2000).

Entretanto, chama a atenção que a adjetivação informal cunha essas conversas com um menor valor das que ocorrem no interior de um setting definido, como um atendimento em consultório. Essa postura pode provocar, da parte do trabalhador, um distanciamento da sua intencionalidade de transformação do *objeto* e uma desvalorização da *ambiência* como parte do contexto de cuidado do CAPS.

As conversas, assim como todas as intervenções e/ou ações que se processam no contexto do cuidado são e devem ser consideradas com a seriedade exigida para que um encontro real produza o sentido do cuidado pautado na singularidade do sujeito.

A organização institucional do trabalho clínico dos CAPS apóia-se na estratégia de equipes e profissionais de referência (*instrumentos do processo de trabalho*).

As equipes de referência são aquelas que se encarregam do cuidado de determinados sujeitos de forma mais próxima e processual. É definida como o “arranjo que se apóia na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissional e usuário, para prestar atendimento integral e singular aos pacientes” (Miranda, Campos, 2008).

A capacidade de gerar projetos que fazem sentido para a vida das pessoas, “isto é, ações que modifiquem as condições concretas de vida, de modo a que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se” (Kinoshita, 2001) são fundamentais para ampliar a possibilidade de trocas sociais, ou seja, a contratualidade dos sujeitos.

A equipe de referência é responsável pelo acompanhamento e agenciamentos necessários do Projeto Terapêutico Singular, PTS. Essa organização pressupõe que estes profissionais construam vínculos potentes com os sujeitos.

Ao identificar as necessidades do sujeito, devem agenciar recursos para atendê-las, ampliando a possibilidade de acesso a direitos. Nesse sentido o *agenciamento de recursos* é também um *instrumento* fundamental no processo de trabalho em saúde.

A análise dos discursos indica que, apesar dos avanços na organização dos novos serviços que “incorporam estratégias de acolhida e continência que consideram, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais” ainda não pode ser generalizada. (Barros, Oliveira, Silva; 2007)

Sobre isso coloca Merhy

Porém, quando nos aproximamos do nosso agir-trabalhador de saúde podemos “sentir” que há outros componentes nesse processo de encontro que o mundo do cuidado produz, e que esses componentes podem ser importantes para percebermos como é paradoxal esse nosso agir (e acrescenta): um exercício que devemos nos colocar é o de perceber como o outro me afeta no encontro e o que faço com isso; que exercícios sobre o outro e com o outro realizo. De que modo deixo o outro falar comigo mas só escuto o que quero, da maneira que agem os torturadores (Merhy, 2013).

O plano de estratégias de cuidado para as pessoas que são cuidadas nos serviços define o Projeto Terapêutico Singular que

nos cenários atuais se constituem como instrumentos para as práticas de saúde inovadoras, que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apresentam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social (Barros, 2010).

Os PTS devem contemplar a singularidade das necessidades das pessoas e para tanto, suas ações devem contemplar os sujeitos, o contexto social e as redes sócio-relacionais, com vistas a promoção de relações capazes de produzir respostas

às necessidades reais da pessoa e a melhoria de sua qualidade de vida” e sobre a elaboração e acompanhamento dos PTS alguns eixos orientadores são destacados:

- centralidade da ação na pessoa;
- relação de parceria terapeuta-cliente;
- deslocamento do locus da ação da instituição para o território e para as situações da vida real;
- ênfase no sujeito em seu contexto;
- construção compartilhada do projeto terapêutico com metas dotadas de sentido para a continuidade da vida do usuário;
- estabelecimento de um contrato de trabalho com percursos a serem desenvolvidos em um tempo predeterminado;
- utilização de avaliações periódicas conjuntas para redirecionamento do projeto (Mângia apud Barros, 2010).

Ainda segundo Barros (2010) “projetos terapêuticos que possam ser continuamente avaliados conjuntamente e redefinidos na medida das necessidades de cada momento devem constituir a diretriz central dos serviços substitutivos”.

O PTS de Emanuel inclui ações clínicas como atendimentos individuais, grupos de acompanhamento, e acolhimento integral quando necessário assim como estratégias psicossociais como o projeto de geração de trabalho e renda, a Oficina de Pintura e o Conselho Gestor onde Emanuel é mais assíduo, comprometido e envolvido, como demonstram os discursos dos entrevistados¹¹.

Pode-se inferir que as estratégias clínicas exigem uma escolha mais pessoal, mais protagonista por parte de Emanuel. São estratégias que visam aprofundar questões relativas a sua subjetividade e refletir quanto ao desejo de mudar de lugar e estabelecer novas formas de relação. São situações que o convocam a uma implicação subjetiva com seu sofrimento e sua vida.

As estratégias psicossociais, por outro lado são lugares onde a possibilidade de ganhar algo do ponto de vista social, econômico e afetivo são ofertadas. São espaços constituídos por outros ou com outros e que de uma forma ou de outra ele pode só ir, frequentar e usufruir.

No discurso da equipe de referência fica evidente que há preocupação em olhar e refletir sobre o *objeto de intervenção* antes de lançar mão de seus conhecimentos técnicos para que sejam instrumentos adequados e coerentes com as necessidades de Emanuel.

¹¹ Neste estudo a divisão entre estratégias clínicas e psicossociais tem função estritamente didática.

É interessante notar que a concepção de co-responsabilização aparece de forma destacada nos discursos. Essa preocupação é coerente com a ideia da gestão compartilhada do PTS (*instrumento de trabalho*), uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Neste caso o agente alerta para a necessidade de fazer cumprir a co-responsabilização como uma estratégia que tem objetivos terapêuticos e que pode interferir numa das dimensões da reabilitação como cidadania, no eixo troca de identidades, ou seja, caberia ao Emanuel sair do lugar da subordinação ao projeto feito para ele e ocupar o lugar de protagonista dos rumos de sua vida.

Nos discursos fica evidente que esta relação está frouxa de forma bilateral, já que Emanuel a burla, por sua forma de se impôr em suas relações e o serviço a identifica mas não consegue agenciar instrumentos para modificar essa relação aparentemente utilitária de Emanuel com o serviço.

A característica processual do PTS indica que

precisamos da convivência, precisamos do dia seguinte, precisamos acompanhar os modos como o sujeito se ajeita com a oferta, como anuncia sua demanda e as pistas que entrega para dirigir seu tratamento. Uma rede não se constrói sem isso. Mas não há garantias de que esse laço se fará assim de início, nem no meio e nem mesmo no fim. Necessário se faz esperar ... Ser paciente. Suportar o sofrimento que, não havendo encontrado ainda um jeito de ali se hospedar, de ali sossegar, anda solto por aí, perturbando o sossego de todo mundo (Barros-Brisset, 2010).

Com relação aos instrumentos de cunho psicossocial, na Oficina de Pintura Emanuel aproximou-se sem grandes expectativas, mas desde que pintou seu primeiro quadro não parou mais. É um espaço importante de reconhecimento de habilidades e potências. Aos poucos foi melhorando a técnica de pintura, com o apoio da coordenadora da Oficina, uma profissional do serviço com quem mantém uma relação bastante afetiva. Pintar quadros transformou-se em uma atividade que Emanuel gosta e valoriza. Virou pintor! Suas produções são oferecidas como presente e como agradecimento às pessoas com quem mantém uma relação afetiva ou de cuidado. Também participa de exposições e feiras, quando tem a possibilidade de vender algumas produções.

O Projeto de Geração de Trabalho e Renda onde Emanuel trabalha também é identificado no material empírico como um *instrumento do processo de trabalho* no CAPS potente para ampliar as possibilidades de inserção social.

É reconhecido como um instrumento importante e sofisticado. Trata-se de um Projeto com início de funcionamento em 2006.

O Projeto¹² foi concebido, desde o início, sob o princípio do trabalho como *direito*. Organiza-se como uma Cooperativa e tem como referência os princípios da Economia Solidária: Auto-gestão, Cooperação, Atividade Econômica e Solidariedade.

Emanuel é um trabalhador desde o início das atividades e comparece semanalmente às reuniões de planejamento e organização da atividade econômica. Além disso, participa, como outros trabalhadores do Projeto, de fóruns de discussões sobre a problemática da inclusão de pessoas em desvantagem social no mundo do trabalho. Este trabalho, além de gerar renda, é organizado de forma a permitir e reconhecer potenciais e habilidades dos envolvidos, possibilitando mudanças e a ampliação das redes sociais de pertencimento.

O Projeto pode ser a um tempo, os meios de produção e também instrumento de emancipação da força de trabalho envolvida (usuários, coordenadores, alunos, pesquisadores, colaboradores). Produzir coisas, consumir coisas produzir encontros e consumir encontros, produzir saber e consumir saber,

¹² Incubado no CAPS em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo é campo de formação da força de trabalho em saúde comprometida com a ética do cuidado inclusivo a pessoas que vivem em desvantagem social extrema; campo de pesquisa e investigação na área dos direitos humanos e tecnologias em saúde mental e cenário de extensão universitária. É um exemplo prático, uma experiência demonstrativa, de uma iniciativa de inclusão no mundo do trabalho. Parte dessa incubação é do CAPS (espaço físico para o desenvolvimento da atividade econômica, horas de trabalho de três profissionais, uma psicóloga, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem) e parte é da Escola de Enfermagem da USP (uma docente e alunos de graduação e pós-graduação). É composto por 15 (quinze) trabalhadores que são usuários ou familiares de usuários dos serviços públicos de saúde mental. O Projeto conta com apoio de uma associação, de profissionais, usuários e militantes, para questões administrativas, financeiras, contábeis e de representação.

12 Princípios da Economia Solidária: a) cooperação: interesses e objetivos comuns, união dos esforços e capacidades, propriedade coletiva parcial ou total de bens, partilha dos resultados e responsabilidade solidária das dificuldades; b) autogestão: autogestão nos processos de trabalho, nas definições estratégicas e cotidianas dos empreendimentos, na direção e coordenação das ações nos seus diversos graus e interesses; c) atividade econômica: agregação de esforços, recursos e conhecimentos para viabilizar as iniciativas coletivas de produção, prestação de serviços, beneficiamento, crédito, comercialização e consumo e d) solidariedade: justa distribuição dos resultados e a melhoria das condições de vida de participantes, comprometimento com o meio ambiente saudável e com a comunidade, com os movimentos emancipatórios e com o bem estar de trabalhadoras (es) e consumidoras (es). Disponível em: <http://portal.mte.gov.br> Acessado em 29.09.2013, às 11:45 hs

produzir afeto e consumir afeto. É este o valor agregado aos produtos da atividade econômica do projeto¹³.

O conteúdo dos discursos apresentados nos resultados confirma e valida o campo do trabalho como possibilidade para Emanuel ocupar novos lugares na vida.

- **As finalidades dos processos de trabalho**

Na busca de relações entre o *objeto* e a *finalidade* – o *objeto transformado* – se encontra duas respostas: *as qualidades do objeto* e o *projeto do objeto transformado*. Ambas são interligadas e *necessárias* ao projeto de trabalho, mas não são suficientes para desencadear a *transformação do objeto*. É necessário que uma certa quantidade de energia se incorpore ao processo de trabalho. (Gonçalves, 1992 – Grifos meus).

Os resultados apontam que uma das *finalidades* do processo de trabalho em saúde mental no CAPS é ampliar a rede social de apoio e de pertencimento de Emanuel que é avaliada como muito restrita.

A rede social é o contexto onde as trocas sociais são possíveis. E a desabilitação, termo colocado como contra ponto ao da reabilitação “é também empobrecimento da rede social, perda quantitativa e qualitativa: e isso a partir da primeira rede social disponível que é o núcleo familiar, mais ou menos ampliado” (Saraceno, 1999).

Pode-se supor que esta seja uma realidade para muitas pessoas que por um motivo ou outro são usuárias dos serviços de saúde mental, e são apresentadas como pessoas que têm uma rede social frágil, praticamente inexistente, sem poder contratual.

Como coloca Kinoshita (2001)

as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que daria-lhe o seu *poder contratual* (Kinoshita, (2001).

É função do serviço comunitário criar dispositivos que possam agregar valor ao pequeno ou inexistente repertório dos sujeitos sob sua responsabilidade. Ampliar ou restituir o poder contratual dos usuários é uma responsabilidade

¹³ Texto de referência: Projeto encaminhado para Edital Petrobras (Programa Desenvolvimento & Cidadania, 2012).

conferida num primeiro momento, aos profissionais dos serviços, os agentes diretos do processo de trabalho em saúde mental (Kinoshita, 2001).

Uma outra *finalidade* dos processos de trabalho no CAPS apontada nos discursos é descrita de um modo genérico como a busca por transformação da vida de Emanuel. E outra, ainda, está associada ao fato dele adquirir maior segurança e autonomia, assim como o investimento na auto-responsabilização por seu processo de cuidado. A participação ativa de Emanuel na vida institucional do serviço é apontada também o como outra *finalidade* do processo de trabalho.

Com relação às finalidades, os discursos elencam: ampliação da rede social de pertencimento e apoio; apropriação e transformação da própria história; maior segurança e autonomia e auto-responsabilização com as estratégias de cuidados oferecidas pelo CAPS.

De forma geral observa-se que as *finalidades* vêm sendo alcançadas até com a utilização dos instrumentos descritos neste momento e que o nó crítico encontra-se exatamente na questão da co-responsabilização de Emanuel e da equipe pelo cuidado e isso se impõe como um desafio para a continuidade do acompanhamento de Emanuel.

Apresenta-se a seguir a análise da função estratégica do próprio serviço na rede de cuidados.

5.3 Dispositivo para o cuidado em liberdade: o CAPS

O CAPS III, cenário deste estudo, foi organizado alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Os CAPS são os serviços estratégicos para o cuidado em saúde mental, mas a efetivação do cuidado ancorado nos princípios da Reforma Psiquiátrica depende de uma rede forte de serviços territoriais e comunitários que tenham possibilidade de ampliar e sustentar o cuidado no território e no contexto de vida das pessoas.

O CAPS é um serviço de saúde, público, aberto e comunitário, e se constitui como referência para o cuidado de pessoas com experiência de intenso sofrimento psíquico, que dificulta ou impossibilita viver os projetos de vida, e nesse sentido, se oferece como lugar de pertencimento e promotor de inclusão social.

Com relação ao CAPS é indicativo de um serviço de alta qualidade sua capacidade de cuidar de todos que o procuram, levando em conta a singularidade de cada um na construção dos projetos terapêuticos singulares (Saraceno, 1999), ou seja, “um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos e em que a organização está orientada às necessidades do paciente e não às do serviço” (Saraceno, 1999).

A forma de organização do serviço contribui para que possa ou não dar conta das necessidades dos sujeitos e de sua complexidade, como no caso de Emanuel que tem a particularidade de estão em conflito com a lei.

Merhy (2000) coloca que o modo como se estruturam e gerenciam-se os processos de trabalho é um dos temas mais abordados por todos que estão, de alguma forma, comprometidos com a defesa de um sistema de saúde universal, igualitário, de qualidade e implicados na construção da cidadania.

Esse é

um dos grandes nós críticos das distintas propostas e experiências vivenciadas nestes últimos anos, que tais pensadores e militantes apostam e apostaram na mudança da direção efetiva do atual modelo tecno-assistencial das políticas públicas de saúde, modelo que tem se mostrado comprometido com muitos interesses, exceto com a saúde dos cidadãos (Merhy, 2000).

Em face da necessidade de Emanuel os discursos mostram que é preciso consolidar nos serviços parcerias efetivas para o amparo das situações que envolvem o conflito com a lei. Apontam ainda que essa perspectiva de trabalhar intersetorialmente precisa avançar.

Diante do atual panorama de ampliação e implantação acelerada e crescente de serviços como CAPS, a construção de estratégias para o cuidado em liberdade no contexto dos serviços comunitários de pessoas com sofrimento psíquico e em conflito com a lei mantém-se como um nó, e o enfrentamento é, ainda, bastante recente.

Na narrativa da história de vida de Emanuel encontra-se, no seu próprio discurso e no da prima e madrinha, a afirmação sobre a dificuldade de ele ter sido considerado um sujeito com necessidades de saúde e, portanto, ser tomado como *sujeito/objeto de cuidado* em outros momentos de sua vida, em outros serviços.

Quando Emanuel procurou o CAPS onde cumpre medida de segurança atualmente, foi reconhecido como um *objeto de cuidado*. A partir desse olhar dos profissionais que o acolheram, foi que se abriram as possibilidades com relação à estratégia para esse cuidado. Foi a possibilidade de olhar para esse sujeito e de escutar o seu sofrimento que definiu os instrumentos e as articulações que suas necessidades demandavam.

Ele procurou um serviço – o CAPS – e “quando um sujeito procura uma instituição, não é qualquer uma. Algo de sua causa mais íntima o dirigiu até lá, guiado pelo que supõe poder encontrar por ali” (Barros-Brisset, 2011).

A entrada do louco infrator nos serviços “se faz quando a rede encontra-se aberta para suportar e conviver com o traço que cada um traz de estranho, de indomesticável, de singular” (Barros-Brisset, 2010).

Saraceno (1999) questiona

quais são as informações necessárias (ou, mais em geral, qual é o olhar necessário para coletar necessidades, demandas e possibilidades do paciente). O diagnóstico pode orientar um saber sobre o usuário, mas informa muito pouco sobre ele, produz um etiquetamento (de estigma) do paciente. A função ideológica do diagnóstico apresenta-se como produto da cultura hegemônica dos psiquiatras e como instrumento de controle social (Saraceno, 1999).

A reflexão crítica sobre o diagnóstico

deve nos ajudar a compreender que as informações (as variáveis) que o paciente carrega consigo e que é o que podemos efetivamente considerar como patrimônio (de risco ou de proteção) estão na realidade mais conectadas à vida do paciente do que a sua doença (Saraceno, 1999).

No contraponto disso, na perspectiva tradicional do cuidado

o olhar médico não encontra o doente, mas sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas (Rotelli, 2001).

Pois bem Emanuel encontrou nos serviços anteriores um projeto institucional no qual suas necessidades reais não puderam ser vistas e acolhidas, como já descrito nos resultados.

No processo de cuidado de uma pessoa com transtorno mental em conflito com a lei – *objeto de cuidado* - tem-se que levar em conta que a *finalidade* do diagnóstico não é a mesma para o campo da saúde e para o campo jurídico. Na saúde entende-se o diagnóstico como um *instrumento* dentre tantos outros para nortear a compreensão das necessidades das pessoas que procuram o serviço.

Contudo, no campo jurídico, a *finalidade* do diagnóstico

é imputar ou não culpa, impor pena retributiva ou medida de segurança, concluir, enfim, se o criminoso é doente ou apresenta um transtorno e se à sua doença ou transtorno pode ser atribuído o ato criminoso (Musse, 2011).

O material empírico identifica o CAPS como lugar de rede de suporte e pertencimento.

Nesse sentido no “campo da saúde mental, a intervenção em redes sociais tem apresentado crescimento significativo nas estratégias de cuidado e especialmente nas práticas desenvolvidas pelos serviços substitutivos territoriais” (Muramoto, 2008).

O nível de contratualidade social das pessoas que são usuárias de serviços como os CAPS tende a ser muito baixo. E é esperado que os serviços busquem estratégias para enfrentar esta condição, que é a condição própria da exclusão. Sobre essa mudança de lugar coloca Saraceno (2001) que

O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social (Saraceno, 2001).

A recente Rede de Atenção Psicossocial, RAPS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, significa uma proposta de avanço na direção de maior fortalecimento dos serviços e da rede de serviços de cuidado em saúde mental.

Essa proposta é definida como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

A RAPS tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

- respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- combate a estigmas e preconceitos;
- garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

As ações propostas pela equipe de referência de Emanuel no CAPS, de acordo com o novo modelo de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, RAAS, descritas abaixo, referem-se ao seu acompanhamento no CAPS.

De forma geral, segundo os indicadores de procedimentos da RAAS, é possível perceber que o projeto de cuidado de Emanuel é abrangente, contemplando

todos os procedimentos em algum momento do processo de cuidado no CAPS desde 2004.

Quadro 7. Ações ambulatoriais de saúde. PTS conforme RAAS de Emanuel. 2004-2013

PROCEDIMENTO	UTILIZADO POR EMANUEL
Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial	sim
Acolhimento diurno de usuário em centro de atenção psicossocial	sim
Acolhimento noturno de usuários no centro de atenção psicossocial	sim
Atendimento individual	sim
Atendimento familiar	sim
Atendimento em grupo	sim
Práticas expressivas e comunicativas	sim
Práticas corporais	não
Atenção a situações de crise	sim
Atendimento domiciliar para paciente e/ou familiares	sim
Ações de reabilitação psicossocial	sim
Promoção de contratualidade	sim
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	sim
Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares	sim

Encontrou-se nos discursos dos entrevistados que cuidar de pessoas em conflito com a lei é ainda um desafio para os serviços. Os entrevistados apontam que o maior é desafio é a construção de ações intersetoriais institucionais que, no caso de pessoas em conflito com a lei, envolve a justiça, embora fique evidente nas frases temáticas o reconhecimento de que este CAPS se propõe a construir relações com outras instituições.

A construção de parcerias e ações intersetoriais, a construção de ações de interface com a justiça precisam avançar neste serviço, o que pode ser identificado nos discursos, entretanto, observa-se também que nenhum dos envolvidos teve ou

obteve informação sobre este tema em nenhum momento do processo de cuidado de Emanuel.

Sobre o cuidado das pessoas em conflito com a lei Barros-Brisset defende que

temos a responsabilidade de declarar o que a experiência nos informa. É possível tratar certa periculosidade: aquela que é produzida pela ausência de políticas públicas de atenção a esses portadores de sofrimento mental. Essa periculosidade é efeito do abandono, é ausência de tratamento ao sofrimento psíquico, é carência de recursos. É o efeito de uma política que segrega (Barros-Brisset, 2010).

E acrescenta que

para encontrar saídas na cidade – saídas de cidadania – precisamos sustentar o exercício cotidiano de uma prática comprometida com o enfrentamento clínico da questão, o estabelecimento de políticas criminais, sociais e de saúde que tenham por bússola as soluções de sujeito em sua particular amarração com as circunstâncias jurídicas, clínicas e sociais e em movimento por cada caso (Barros-Brisset, 2010).

Os contextos de violência são sempre situações bastante delicadas. É comum no cotidiano dos serviços a convivência com estas situações e as dúvidas quanto às possibilidades de interferência são atravessadas por questões técnicas, éticas e legais.

São perguntas dos agentes: até onde posso interferir num contexto privado (casa)? Devo denunciar o que sei/vejo em um contexto privado? Se denunciar quais as consequências para o usuário, para a família, para o serviço? São questões que problematizam quais os manejos necessários, tendo como norte o cuidado da vida, a efetivação do cuidado nos serviços, e o reconhecimento da intervenção como possibilidade de prevenção em contextos de violência.

Os profissionais identificaram pelo relato de Emanuel que precisavam ser rápidos com relação à necessidade de encontrar retaguarda jurídica que orientasse e cuidasse do processo jurídico de Emanuel e também lhes propiciasse sustentação para suas ações profissionais no serviço. O processo legal tem um tempo próprio, com prazos definidos para estabelecer uma comunicação entre as pessoas, as partes envolvidas.

É importante contextualizar que Emanuel chegou ao serviço em 2004 e que a Defensoria Pública do Estado de São Paul só se estruturou em 2006.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo é uma instituição permanente cuja função, como expressão e instrumento do regime democrático, é oferecer, de forma integral e gratuita, aos cidadãos necessitados a orientação jurídica, a promoção de direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos.

A Constituição Federal a prevê como órgão de função essencial à Justiça e, no Estado de São Paulo, foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 988 de 09 de janeiro de 2006.

Apesar de ser instituição estadual, não é vinculada ao governo. Sua autonomia é prevista pela Constituição Federal e é uma garantia para que os Defensores Públicos possam representar os direitos da população sem qualquer tipo de constrangimento. Internamente, cada Defensor possui independência funcional para seguir livremente sua convicção em cada caso em que atua. Atualmente, há 610 Defensores Públicos no Estado de São Paulo em atuação em 41 diferentes cidades segundo dados de setembro de 2013¹⁴.

Por meio da rede social dos profissionais do CAPS a equipe de referência conheceu o Instituto de Direitos do Direito a Defesa e articularam a apresentação do caso de Emanuel, para que fosse estabelecida uma parceria para a defesa.

O caso foi acolhido pelo Instituto e um advogado foi indicado para representar Emanuel. Esse advogado acompanhou todas os encaminhamentos do processo até sua deliberação – em júri popular – da aplicação de medida de segurança ambulatorial. Da chegada de Emanuel ao CAPS até seu julgamento transcorreram-se seis anos. O acompanhamento do processo por esse advogado permanece até hoje.

Mas essa parceria se construiu a partir de recursos dos trabalhadores e não como fruto de uma ação institucional, intersetorial, como indicam as diretrizes do Ministério da Saúde e as políticas públicas de saúde mental do sistema Único de Saúde brasileiro. Esta é uma contradição a ser enfrentada pelo serviço e pelo gestor local.

¹⁴ Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br> Acessado em 29.09.2013 às 15:35 hs

5.4 A necessária formação do trabalhador da saúde mental

A formação e qualificação dos trabalhadores é um processo fundamental para a concretização do novo paradigma no campo da Saúde Mental (Barros, 2004).

A reflexão sobre como se organizam os *processos de trabalho* no campo da atenção à saúde mental é fundamental e nesse sentido a formação dos trabalhadores remete a “pensar nos processos que podem potencializar ou restringir as possibilidades dessas pessoas, trabalhadores de saúde, na elaboração, desenvolvimento e inserção nas políticas e projetos públicos” (Barros, 2004).

O modelo de atenção que tem como objeto de intervenção o ser social exige compreender a complexidade das *necessidades* por ele apresentadas e produzir ou inventar novas

respostas, novas formas de cuidado para o sofrimento, novas formas de relação com os usuários, familiares, comunidade e, entre, os próprios profissionais. Nessa perspectiva, é necessário rever as formas de gestão, as relações de poder, a separação entre o pensar e o fazer (Barros, 2004).

Os serviços comunitários, territoriais e de portas abertas não garantem por si mesmos a construção de estratégias de cuidado singulares que reconheça o exercício da cidadania como direito.

Esse panorama cria desafios tanto para os profissionais da área do ensino como para os da assistência, pois implica na transformação do saber e do saber-fazer das diversas profissões nas formas de produzir saúde.

Sobre o campo da produção de saber Merhy (2010) entende que

é o reconhecimento de que não há nenhum tipo de privilégio no campo da universidade, ou nos reconhecidos território formais de formação, em relação à questão da produção de conhecimento ou à questão da construção de situações nos processos de educação e formação, quanto ao mundo do trabalho no cotidiano das redes de cuidado (Merhy, 2010).

Quer dizer com isso que:

já temos discutido e defendido claramente a ideia de que a riqueza que existe a partir da construção daquele mundo nas várias redes de cuidado é absolutamente imponderável. Nós não temos noção nem do tamanho nem da quantidade de coisas que são produzidas efetivamente ali. O que nós sabemos é que a publicidade, no sentido de tornar público, do que se faz é muito pequena (Merhy, 2010).

E acrescenta que

na realidade, há que se fazer um esforço gigantesco de produção em relação à consolidação daquilo que, no cotidiano, sistematicamente, os coletivos de trabalho operam em termos de construção de novos conhecimentos e práticas, ordená-los, para publicizá-los (Merhy, 2010).

Este é um dos objetivos desta pesquisa, uma vez que o modelo de atenção operado nos serviços e a complexidade das questões identificadas para a efetivação de práticas que efetivamente reconheçam direitos

exigem a construção coletiva de práticas e saberes cotidianos pela equipe de saúde, para a atenção psicossocial, que tem designado experiências significativas no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, que vem construindo elementos teóricos e técnicos, ideológicos e éticos, constituindo um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante na formação (Barros, 2004).

Mas tem-se que avaliar se os profissionais, em sua maioria ainda formados no velho paradigma, sustentam as novas propostas e os novos dispositivos de cuidado. Uma avaliação que possa problematizar a lacuna nos currículos da graduação das diversas profissões que compõem as equipes técnicas dos serviços e propor medidas para saná-las.

Assim

as mudanças no processo de trabalho em saúde, ocasionadas pela complexidade do objeto de intervenção, pelas inovações tecnológicas e a cobrança de maior produtividade e qualidade nos serviços, provocam a intensificação da divisão do trabalho. São diversos trabalhadores, desenvolvendo diversos processos de trabalho, tendo um único objeto de intervenção – o *sujeito* com transtorno mental – ou um objeto multifacetado, que pode ser olhado de diversas maneiras e, ainda assim, ser um único objeto. Em outras palavras, o trabalho em saúde adquire a dimensão multiprofissional que evidencia a necessidade dos trabalhadores interagirem e articularem suas ações para construir um produto final (Barros, Bichaff, 2004).

A formação pautada na valorização de cada núcleo de saber tem como consequência a fragmentação nos processos de construção das práticas de cuidado nos serviços.

Essa lógica faz com que cada um tome o sujeito que procura os serviços como seu objeto de ação. E nesta perspectiva

o mundo do cuidado tem sido visto como sendo o lugar dessa cientificidade pelos considerados profissionais de saúde, no qual alguns trabalhadores de posse dessa ciência adquirem legitimamente, no plano social, o direito de intervir sobre os outros, despossuídos (Merhy, 2010).

É com relação a isso que Merhy (2010) entende que

quando nós vivenciamos as nossas expectativas e as nossas experiências nas redes que se propõe a desinstitucionalizar as práticas predominantes de saúde, através de novas experiências de cuidado, procuramos incorporar trabalhadores que fugiram às regras oficiais, instituídas, de modo hegemônico, da formação. Procuramos os anômalos, os que fogem às abordagens fragmentadas e sobre os outros (Merhy, 2010).

Diante dessa fragmentação do olhar de quem cuida, produzindo *processos de trabalho* que correm o risco de produzir ações também fragmentadas, com um resultado que não é o esperado de produzir emancipação e autonomia

é necessário produzir a integração destas ações, de modo a evitar descontinuidades na atenção. **Fragmentar para integrar.** Para atingir este objetivo é preciso clareza do processo de trabalho de cada um dos agentes, interdependência e complementaridade das ações, construção de um projeto assistencial compartilhado, enfrentamento dos conflitos técnicos, de poder e de comunicação (Barros, Bichaff, 2004 – Grifos no original).

Diante disso fica evidente que a formação e a qualificação do trabalho profissional torna-se um dos eixos fundamentais para a construção, sustentação e validação de elementos de um projeto de atenção integral à saúde.

Identificou-se que *os agentes*, os profissionais do serviço, não têm informação sobre a política de saúde mental de pessoas em conflito com lei como exposto nos resultados na categoria empírica do *processo de trabalho*. Essa perspectiva evidencia a preocupação quanto à necessária formação do trabalhador da saúde mental.

Não é prática comum aos serviços a divulgação dos estudos científicos nem a discussão sobre a contribuição desses estudos como pauta para avaliar e rever as práticas cotidianas. O presente estudo científico foi valorizado no discurso dos entrevistados como possibilidade de divulgação e consolidação de práticas e saberes sobre as ações desenvolvidas num serviço comunitário que acompanha uma pessoa cumprindo medida de segurança em regime ambulatorial.

O discurso dos entrevistados indica que o conhecimento sobre este tema para se baseia no senso comum. É necessária atenção com relação ao campo da formação no sentido de qualificar o conhecimento e instrumentalizar o discurso cuidando para que o senso comum não contamine o discurso profissional. Sobre isso Barros e Egry (2001) refletem:

a análise das representações dos agentes de ensino permitiu revelar que os discursos retratam os caminhos que eles percorreram na compreensão da saúde mental, incorporando o senso comum – pensamento fragmentário e contraditório na visão gramsciana - que contamina o discurso profissional (Barros, Egry; 2001).

Por outro lado, o conteúdo do discurso de um agente reconhece saberes nos próprios profissionais que compõe a equipe e que seria uma estratégia interessante para o serviço a organização de um intercâmbio de saberes.

O material empírico aponta também para a necessidade de uma agenda contínua de formação em serviço e sugere e valoriza o tema da interface com a justiça e dos contextos de violência familiar como importantes para embasar a prática.

Com relação ao tema específico desta pesquisa que é o processo de cuidado de um sujeito em medida de segurança, objeto do processo de trabalho em um CAPS, identificou-se uma lacuna com relação às discussões atuais com relação a política pública para esta população.

Os agentes do processo de trabalho desconhecem a especificidade do panorama legislativo e das discussões contemporâneas no que tange ao processo de cuidado dessas pessoas.

Diante do entendimento de que as pessoas com experiência intensa de sofrimento psíquico em conflito com a lei são e serão cada vez mais cuidadas nos serviços como os CAPS, é necessário problematizar que

ao se exigir uma atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de acordo com o preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela lei nº 10.216/2001, está se defendendo que o Estado deve lhes proporcionar atendimento e acompanhamento físico e psicossocial, em dispositivos extra-hospitalares, ou seja, que esse cidadão receba atenção integral na rede pública de saúde (SUS), com apoio da sua rede de relações interpessoais – familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos... – e no seu território, em outros termos, próximo à sua residência (Musse, 2011).

Para que esse cuidado se efetive é necessário que os profissionais que já tradicionalmente se encarregam do cuidado em saúde mental trabalhem – os técnicos das equipes dos CAPS - de forma sintonica e colaborativa com os profissionais da área jurídica, em especial os defensores públicos e profissionais do Ministério Público.

Cabe aos profissionais do Direito

atuar na defesa e no asseguramento dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, tais como o de não ser discriminado pelo próprio Direito em sentido amplo (legislação e decisões judiciais criminais, cíveis e trabalhistas) em virtude do seu transtorno (Musse, 2011).

E acrescenta:

É da conjugação do trabalho desses diferentes atores da atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei que se poderá propor e implementar um projeto terapêutico individualizado a fim de que essa pessoa possa ter maior probabilidade, no menor tempo, de ser reintegrada socialmente (Musse, 2011).

O parecer de especialistas identifica que

a formação desses diversos profissionais, quer seja da área da saúde, quer da social ou da jurídica não contempla conteúdos, competência e habilidades voltadas para a atenção em saúde mental, menos ainda para lidar com o binômio “transtorno mental/crime”, o que dificulta a efetividade dos seus direitos fundamentais, notadamente, o direito à saúde (Musse, 2011).

Este relatório evidenciou pelo discurso dos participantes que existe uma dificuldade de comunicação entre os profissionais da saúde e do judiciário, inclusive com relação à linguagem pertinente às especialidades dos profissionais envolvidos e creditou essa dificuldade à insuficiência de encontros e debates que poderiam contribuir para um alinhamento conceitual entre esses campos (Musse, 2011). Diante disso

para que a atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei não seja apenas uma ficção, é importante que as instituições jurídica, profissionais da saúde e do direito e os gestores públicos em saúde, por si ou em parceria com Universidades ou Instituições de Ensino Superior, promovam cursos, oficina, debates, capacitações voltadas para a compreensão e eficiente atuação no campo dessa complexa problemática (Musse, 2011).

Os processos de trabalho nos serviços de saúde mental como os CAPS são organizados com os saberes e o saber-fazer de múltiplas profissões. Esses múltiplos saber-fazer devem se preocupar em estar bem articulados de forma a permitir a construção de um cuidado coerente, ético e responsável. É um trabalho em rede.

Sendo assim, “a formação nesse campo exige de cada um suportar a relação com o colega, o lidar com a diferença (teórica, afetiva, de agenda, por que não?)” (Barros-Brisset, 2010).

6. Considerações e recomendações

O motivo para a elaboração deste Estudo de Caso tem relação com a inserção profissional da pesquisadora como psicóloga que compõe a equipe técnica e a equipe de referência que acompanha Emanuel num CAPS III.

A inquietação inicial se refere à percepção de que as pessoas em conflito com a lei e as especificidades da aplicação da Medida de Segurança funcionam como uma lupa sobre a problemática que envolve a superação das concepções que justificaram e justificam a exclusão das pessoas com transtornos mentais da sociedade, problemática essa, desde sempre, norteadas pelos conceitos de periculosidade e inimputabilidade.

O presente Estudo de Caso presta-se para contribuir com a discussão sobre o que é específico na construção do cuidado, do Projeto Terapêutico Singular, para pessoas em conflito com a lei cumprindo Medida de Segurança no contexto de um serviço comunitário de atenção à saúde mental, como um CAPS III.

O marco teórico que sustenta este Estudo é o conceito de desinstitucionalização na perspectiva da reabilitação como cidadania. As categorias analíticas, cidadania e autonomia, possibilitam iluminar a análise sobre a organização necessária dos processos de trabalho num CAPS III que acompanha um usuário cumprindo Medida de Segurança, como esta que está em curso na Cidade de São Paulo, e buscar compreender os efeitos desse cuidado na vida deste sujeito.

As categorias empíricas construídas a partir da análise dos discursos dos sujeitos relacionam-se com os temas: Processo de Trabalho em Saúde Mental, Dispositivo para o cuidado em liberdade: O CAPS e A Necessária Formação do Trabalhador da Saúde Mental. Tomou-se também como objeto de análise a Narrativa da história de vida de Emanuel.

A Narrativa da história de vida de Emanuel, construída a partir de suas próprias informações, acrescida com fragmentos dos discursos, frases temáticas, observações e dados da pesquisadora sobre o processo de cuidado é tomada como um dos objetos de análise por considerar que o contexto de vida compõe um conjunto de informações essenciais sobre a trajetória e motivações de qualquer sujeito.

Os resultados das análises, a partir dos discursos dos profissionais, evidenciam que a pessoa no seu contexto de vida que procura o serviço deve ser tomada como *objeto de cuidado*. Chegam muitos sujeitos como Emanuel, complexos, contraditórios e, neste caso particular, em conflito com a lei, nos serviços como os CAPS, e principalmente nos CAPS III.

A questão das pessoas em conflito com a lei cumprindo Medida de Segurança os coloca numa situação que é sinônimo de exclusão.

Exclusão da vida porque o destino mais comum é o Hospital de Custódia, de onde raramente saem, conforme evidenciam os estudos explorados nesta pesquisa. E exclusão da própria subjetividade porque a Medida de Segurança é uma solução jurídica que impossibilita a pessoa de se deparar com a responsabilidade do seu ato.

As pessoas em conflito com a lei que estão cumprindo Medida de Segurança ficam num lugar subjetivo “de faz de conta”: faz de conta que são considerados cidadãos, pois o são no texto da lei. Mas a própria lei os considera como faz de conta, por excluí-los do jogo das responsabilidades legais e civis.

Os trabalhadores de saúde mental envolvidos neste estudo não têm informações qualificadas sobre este sofisticado arranjo legal, ambíguo e contraditório, construído para dar conta da existência civil destas pessoas e do que fazer com elas.

A organização institucional dos processos de trabalho do CAPS apóia-se na estratégia de equipes e profissionais de referência.

A equipe de referência (*força de trabalho* ou *agente*) responsável pelo acompanhamento desta pessoa em conflito com lei cumprindo Medida de Segurança num CAPS III é composta por um psicólogo, um psiquiatra e um auxiliar de enfermagem mais três profissionais (dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro que desenvolvem estratégias psicossociais) que afirmam que a capacitação neste tema para o trabalho é um aspecto importante para a sustentação da prática.

A equipe de referência é responsável pelo acompanhamento e agenciamentos necessários do Projeto Terapêutico Singular, PTS. Essa organização pressupõe que estes profissionais construam vínculos potentes com os sujeitos.

Os outros profissionais, dois envolvidos com o projeto de geração de trabalho e renda e um com a Oficina de Pintura, também tem vínculos importantes com o sujeito o que faz com que funcionem como um alargamento da função de referência.

O *objeto de trabalho*, neste estudo, é identificado como uma pessoa complexa e contraditória sempre referida à sua própria experiência e contexto de vida, de forma auto-referida e transbordante e que provoca sentimentos também contraditórios porque protagoniza uma cena e um assunto difícil, delicado.

Para se efetivar o cuidado em liberdade o CAPS lança mão de vários *instrumentos de trabalho* mediados pela concepção de co-responsabilização, uma ideia coerente com a perspectiva da gestão compartilhada do PTS (*instrumento de trabalho*), uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira que tem como horizonte a produção de autonomia e protagonismo das pessoas.

O PTS de Emanuel inclui estratégias clínicas como atendimentos individuais, grupos de acompanhamento, acolhimento integral quando necessário e estratégias psicossociais como o projeto de geração de trabalho e renda, a Oficina de Pintura e o Conselho Gestor.

Evidencia-se, neste caso específico, a necessidade de fazer cumprir a co-responsabilização como uma estratégia que tem objetivos terapêuticos e que pode interferir numa das dimensões da reabilitação como cidadania, no eixo troca de identidades, ou seja, caberia ao Emanuel sair do lugar da subordinação ao projeto feito para ele e ocupar o lugar de protagonista dos rumos de sua vida.

As *finalidades dos processos de trabalho* engendrados pelos profissionais da equipe de referência ou os *efeitos* deste cuidado em liberdade (na vida de Emanuel), descritos pelos trabalhadores e outros entrevistados são coerentes com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação como cidadania.

Os processos de trabalho que têm como *finalidade*, e a alcançam, são: ampliar a rede social de apoio e de pertencimento, criar dispositivos que agregam valor ao repertório dos sujeitos sob sua responsabilidade, ampliar ou restituir o poder contratual e buscar por transformação da vida das pessoas. E outra, ainda, está associada ao fato de adquirir maior segurança e autonomia.

A organização do serviço, segundo os entrevistados, é norteada pelo reconhecimento de Emanuel como sujeito e sujeito de direito e por isso articula recursos para garantir uma resposta a esta necessidade com relação ao processo judicial.

Os entrevistados avaliam que o CAPS é um lugar que não tem os mesmos preconceitos que a sociedade, que permite que Emanuel sinta-se reconhecido e acolhido e disponibiliza práticas que promovem sua inclusão social.

No entanto, as pessoas em conflito com a lei apresentam uma necessidade que é específica, particular, de agenciamento de possibilidade de defesa.

Outros sujeitos podem demandar outras necessidades: pessoas em situação de rua, conflitos familiares, questões de trabalho, previdenciárias, questões clínicas, enfim, as varias necessidades das varias vidas que chegam ao serviço.

O serviço, para ser efetivo, tem que atender todo mundo: tem que saber agenciar recursos para quem chega: cumprindo Medida de Segurança, em situação de miséria material ou relacional que provoca sofrimento psíquico intenso, em situação de violência doméstica, interdições, crise psicótica, etc.

Por outro lado, a análise dos discursos evidencia que os membros da equipe de referência percebem Emanuel como alguém que não se co-responsabiliza por seu cuidado.

No caso específico, transparece a imensa dificuldade de Emanuel de mudar de lugar subjetivo, de sair do padrão de relações de dependência permeadas por uma urgência em resolver suas demandas. É possível afirmar que a possibilidade de construir projetos para a vida, projetos que levem em conta maior autonomia, depende do quanto Emanuel deseja e consegue aguentar os processos subjetivos.

O serviço disponibiliza instrumentos e ações que visam a emancipação e autonomia de Emanuel desde seu acolhimento, em 2004, mas enfrenta dificuldades no manejo das questões subjetivas e da dinâmica psíquica de Emanuel, avaliadas como um nó para que ele consiga se responsabilizar por sua vida.

O novo instrumento de registro de informações sobre o serviço, o RASS, reconhece e dá visibilidade às ações produzidas pelo serviço. A visibilidade das ações, como observado neste estudo, também permite que possam ser avaliadas, pensadas criticamente: como, onde e para quê são desenvolvidas ou ativadas.

A questão sobre a responsabilidade territorial e sobre a responsabilidade do cuidado, por parte dos serviços, aparece como uma mudança importante a partir do RAAS. É indicado que em caso de abandono do tratamento a equipe do CAPS deve iniciar busca ativa para tentar reativar o vínculo e o tratamento que só se encerra em caso de óbito, mudança de CAPS ou cidade e encaminhamento para outros pontos de atenção da RAPS (como a atenção básica), ou seja, a pessoa sob responsabilidade sanitária ou psicossocial de um serviço comunitário não cessa seu vínculo, a não ser em caso de morte.

Neste sentido, o serviço precisa conseguir pensar em estratégias clínicas e psicossociais, além das já disponibilizadas, que o ajudem nessa direção. Evidencia-se assim a necessidade da equipe se recolocar com relação a Emanuel, sendo mais ativa com relação à cobrança de sua co-responsabilização por seu próprio cuidado.

Os discursos dos entrevistados validam que o CAPS é um serviço que deve se encarregar do cuidado de pessoas em conflito com a lei.

Mas, os discursos indicam também que o cuidado destes cidadãos ainda é um desafio para o serviço, por supor é preciso que o serviço tenha mais instrumentos, mais especializados dos que já dispõe, para cuidar dessas pessoas cumprindo Medida de Segurança em liberdade, por causa sua necessidade específica relacionada com a justiça. Por isso as questões e construções de interface com a justiça são colocadas, pelos entrevistados, como questões que precisam avançar.

A questão da construção de parcerias sólidas é um tema complexo, que inclui diversas instancias (saúde, justiça, ministério público, perícias, leis, contexto de vida, prevenção, responsabilização) e força uma discussão que busca convergências entre instituições que normalmente tem funcionamento próprio, uma lógica própria. Este processo provoca cada um sair do seu lugar instituído e se abrir para a construção de um entendimento que deve ter como fundamento a garantia da cidadania dessas pessoas e inclui-las como sujeitos de direitos, como todos.

O caráter intersetorial apontado como necessário na IV conferencia não está dado, é necessário ser construído.

Quando os discursos valorizam o CAPS como um lugar de cuidado em liberdade, o validam para avançar no fortalecimento das políticas públicas e das redes de atenção à saúde mental.

A organização do serviço para cuidar de Emanuel inclui em seu projeto de cuidado uma retaguarda jurídica consistente que confere segurança para o acompanhamento do processo penal.

Entretanto, este agenciamento parte da equipe de referência. A articulação para a defesa no âmbito jurídico, de quem quer que seja com essa necessidade, deve estar ancorada numa articulação institucional bem definida e colocada de forma explícita à disposição dos profissionais, o que ainda não acontece neste CAPS e na maioria dos serviços comunitários.

Vale ressaltar que a articulação feita a partir da rede pessoal de um dos profissionais da equipe de referência aconteceu pela demanda própria de Emanuel, antes da constituição da Defensoria Pública.

A construção de parcerias e ações intersetoriais entre a saúde mental e a justiça precisa ser consolidada e é uma recomendação central deste Estudo.

Essas ações podem contribuir para a formulação de políticas públicas e para os processos de desinstitucionalização das pessoas em conflito com a lei cumprindo Medida de Segurança ambulatorial em serviços comunitários de saúde mental e nos hospitais de custódia. Em ambos os casos, essas pessoas estão submetidas à avaliação pericial para cessação de periculosidade. Procedimento que não tem agenda ou tempo definido, colocando essas vidas em suspensão *ad infinitum*.

O cuidado e as ações intersetoriais mais próximas ao serviço e ao contexto de vida das pessoas lá cuidadas devem constituir uma pauta permanente do CAPS. Os discursos evidenciam que o cuidado de Emanuel no CAPS contribui para o enfrentamento do estigma e da exclusão social.

Com relação à necessária formação dos trabalhadores da saúde mental neste tema específico, a questão da violência familiar (um dos elementos desencadeadores de atos infracionais como este caso que corrobora os achados do Censo 2011 dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico), aparece envolta numa dúvida sobre a forma de abordagem, seus limites, suas implicações éticas, o quanto o

serviço pode interferir e quando. Esta é uma situação comum às pessoas que procuram os serviços de saúde mental.

A equipe de referência de Emanuel não tem informação qualificada sobre as políticas ou as diretrizes para o cuidado de pessoas em conflito com a lei cumprindo Medida de Segurança em serviços comunitários de saúde mental.

A necessidade de formação permanente e específica sobre o tema é uma estratégia necessária para a formação dos agentes, como ficou evidenciada nesta pesquisa.

Recomenda-se incluir esse tema como pauta dos processos formativos no CAPS para instrumentalizar os profissionais e fortalecer o serviço como um lugar de prevenção e nas Universidades, responsáveis pela formação inicial da força de trabalho em saúde para o Sistema Único de Saúde.

Este Estudo de Caso evidencia que as ações especificadas para acompanhar o processo de cuidado de Emanuel em liberdade vão se construindo a partir da necessidade demandada por ele. O PTS de Emanuel segue produzindo mudanças em sua vida civil. Não é neste campo que o processo emperra. A dificuldade, como esperado, está na esfera subjetiva, o que não é algo inerente ou exclusivo das pessoas em conflito com a lei. É algo do humano.

Recomenda-se persistência na atualização e discussão do sentido do PTS para a vida de Emanuel (e das pessoas na sua condição civil) e a construção de parcerias do campo da saúde com o campo da justiça na direção da desconstrução da lógica naturalizada que associa periculosidade, crime e delitos à experiência de sofrimento psíquico intenso.

Este serviço em particular tem muitos recursos, humanos e materiais, e entende-se que é isso que um serviço deve ter. Neste sentido, todo o agenciamento já realizado na perspectiva do acesso ao direito de ter direito a defesa, realizado anteriormente ao RAAS por profissionais de referência, deve alçar ao patamar de agenciamento do serviço, de forma institucional, intersetorial, com gestor público das políticas de saúde mental e do campo jurídico.

Finalmente, as proposições de transformação e superação do manicômio, colocadas pelo marco teórico da desinstitucionalização, que tem na negação dos dispositivos e discursos pertinentes a cultura manicomial e na reconstrução da complexidade do objeto seu eixo teórico e sua referencia para a transformação das práticas, é coerente com a estratégia de cuidado apresentada neste Estudo.

Ao demonstrar que é possível cuidar de Emanuel cumprindo Medida de Segurança Ambulatorial em liberdade e reconhecer que são as suas *necessidades* que definem a construção do seu PTS se está diante de uma experiência de cuidado que opera no paradigma da desinstitucionalização e da reabilitação como cidadania que têm os conceitos de autonomia e cidadania como pressupostos.

Este paradigma é antagônico ao paradigma psiquiátrico (que se ocupa do diagnóstico médico e de estabelecer respostas simplificadas ao binômio doença-cura) porque se ocupa da vida e de transformar o modo das pessoas se relacionarem com o sofrimento, ampliando suas possibilidades de estar no mundo e em relação.

É pertinente fazer críticas ao PTS de Emanuel, mas não há dúvida que nele estão inscritos os fundamentos do cuidado em liberdade, algo digno e mais coerente com as proposições da desinstitucionalização. Problematisa-se as estratégias de cuidado, mas agora um processo de trabalho qualificado, para uma pessoa que é reconhecida com sua personalidade, subjetividade, resistências, desejos, enfim, um sujeito complexo, como qualquer um.

Cuidar em liberdade, da perspectiva da desinstitucionalização, permite um processo de trocas, de negociações, de embates teóricos e práticos, de disputas inter e intrasubjetivas, do ingresso no mundo das contratualidades sociais, das disputas, de avaliações, validações ou transformações dos aspectos mais ou menos efetivos do PTS. No HCTP, lugar de troca zero, o contexto é outro. E não se pode falar em cuidado.

Este Estudo de Caso ao apresentar e clarear a articulação entre as bases teóricas e as práticas que sustentam o processo de cuidado em liberdade de pessoas cumprindo Medida de Segurança em serviços comunitários de saúde mental possibilita identificar e analisar os nós críticos, as contradições e as singularidades desse cuidado.

Assim o CAPS, como o serviço que organiza o cuidado em liberdade, pode e deve ser avaliado, criticado, mas validado na sua função estratégica na Rede de Atenção Psicossocial.

7. Referências

Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária. 2012. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600015&lng=en&nrm=iso Acesso em 06 set. 2013

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interfaces(Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 14, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso Acesso em 06 set. 2013

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde soc. São Paulo, v. 18, supl. 2, Jun 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso Acesso em 08 set. 2013

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

Barros JO. A construção de Projetos Terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010.

Barros S, Bichaff R, organizadoras. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: SESSP/Fundap; 2008.

Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino da enfermagem sub judice. São Paulo: Cabral Editora Universitária; 2001.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores. 2004. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Barros S, Oliveira MAF, Aranha e Silva AL. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev. Esc. Enf. USP[on line]. 2007; vol. 41: 815-819.

Barros-Brisset FO. A Hospitalidade e a Rede de Saúde Mental. In Caderno Saúde mental. Ana Maria Lobosque (Organizadora) Seminário Saúde Mental: Os desafios da Formação, Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v.3.

Barros-Brisset FO. Desinserção fundamental e laço social. Revista aSEPHallus, Rio de Janeiro, vol VI, n. 11, nov 2010/abr. 2011. Disponível em www.nucleosephora.com/asephallus

Barros-Brisset FO. Genealogia do conceito de periculosidade. Responsabilidades, Belo Horizonte, vol 1, n. 1, p. 37-52, mar/ago 2011.

Barros-Brisset FO. O Jogo da Casa Vazia. Minas Gerais: Almanaque On-line/Revista eletrônica do IPSM-MG. Ano 5, nº 8, 2011.

Barros-Brisset FO. Por uma política de atenção ao louco infrator. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

Barros-Brisset FO. Um dispositivo conector - Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG; uma política de atenção integral ao louco infrator. Rev. bras. crescimento desenvolv hum. 2010, 20(1): 116-128.

Barthes R. Análise Estrutural da Narrativa. São Paulo, Editora Vozes, 1976.

Batista e Silva MB. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. Rev. bras. Crescimento desenv. hum.2010; 20(1).

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. III Conferência de Saúde Mental. Brasília (DF); 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Seminário Nacional sobre o direito à saúde mental – Regulamentação e aplicação da Lei 10.216. Brasília: Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados/Ministério da Justiça/Ministério Público Federal/Conselho nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Relatório Final. Brasília (DF); setembro de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília (DF); 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF); novembro de 2005.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília (DF); 2006.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília (DF); janeiro de 2011.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria SAS/MS n. 854, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012.

Campos GWS, Onocko Campos R. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Campos MV de B. Defensora Pública da 5ª Vara Criminal da Capital. Correspondência eletrônica. 2013.

Carvalho Neto M, Mattos. O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2005.

Castel R. As armadilhas da exclusão. In Desigualdade e a questão social. Mariângela Belfiore-Wanderley, Lucia Bógus, Maria Carmelita Yazbek (Organizadoras) São Paulo: EDUC, 1997.

Castro UR. Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias, velhas práticas. Brasília: Hinterlândia Editorial, 2009.

Dallari DA. Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo: Moderna, 1998.

Delgado PGG. As razões da tutela. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

Delmanto C, Delmanto R, Delmanto Junior R, Delmanto FMA. Código Penal Comentado. 8ª ed. Saraiva; 2010.

Dornelles RP. O círculo alienista: reflexões sobre o controle penal da loucura. [dissertação]. Brasília: Faculdade de Direito da Universidade de Brasília; 2012.

Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010; 10(2).

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) [homepage Internet]. Rio de Janeiro; 2012. [citado 2012 ago 28]. Disponível em: [//portal.fiocruz.br](http://portal.fiocruz.br)

- Gancho CV. Como analisar narrativas. São Paulo: Ática, 2006.
- Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.
- Houaiss A; Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo demográfico. Rio de Janeiro; 2010.
- Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Lancetti A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2009.
- Lüdke M, Meda A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPY; 1986.
- Marinho DM. Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
- Martins GA. Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- Marx K. O Capital: crítica da economia política. Trad. De Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- Matsuda FE. A medida da maldade: periculosidade e controle social no Brasil [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2009.
- Meola ME. Plano de trabalho gerencial: centro de atenção psicossocial adulto Itaim Bibi. IN: Projeto utilizado para inscrição no concurso público para coordenador de unidade de saúde (mimeo). São Paulo: 2004.
- Mello AP. Entre a cruz e a espada. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2010;20(1):106-111.
- Merhy EE. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. [tese de livre docência]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 2000.
- Merhy EE. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In Caderno Saúde mental. Ana Maria Lobosque (Organizadora) Seminário Saúde Mental: Os desafios da Formação, Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v.3.

- Merhy EE. Ver a si no ato de cuidar. In Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO (Org). Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-67.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Miranda L, Campos RTO. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, Out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500017&lng=en&nrm=iso Acesso em 16 set. 2013
- Missaggia CJC. Itinerário para desconstrução do instituto psiquiátrico forense do Rio Grande do Sul. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2010; 20(1):129-137.
- Muramoto MT. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no Município de Santo André. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.
- Musse LB. Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001. Revisão técnica de Maria José Constantino Petri. Brasília: Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; 2011.
- Neves JL. Pesquisa Qualitativa - Característica, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisa em Administração. São Paulo, v(1). nº 3, 2º sem, 1996
- Nicácio, MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.
- Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F. et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.
- Santos JC dos. O estigma da doença mental: compreensão e ação dos trabalhadores do CAPS. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.
- Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia; 1999.
- Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In Reabilitação Psicossocial no Brasil. Ana Pitta (Organizadora) São Paulo: Hucitec, 2001.
- Silva HC. Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás, Centro de Apoio Operacional de Defesa do Cidadão, Escola Superior do Ministério Público, 25ª Promotoria de Justiça de Goiânia; 2009.

Silva HC. Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2010;20(1):112-115.

Silva MBB. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis*. 2010;20(2).

Souza ACS de. Processos de Trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência de um CAPS III para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço. [mestrado] Escola de Enfermagem da USP, 2011.

Thornicroft G., Tansella M. Boas Práticas em Saúde mental comunitária. Trad. De Melissa Tieko Muramoto. Barueri, SP: Monole, 2010.

Venturini EA. Desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2010;20(1):138-151.

Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

APÊNDICES E ANEXO

Apêndice 1: Roteiro de entrevista - Gerente

I. Dados do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação Profissional:

Há quanto tempo trabalha no serviço?

Fez algum curso sobre saúde mental nos últimos 05 anos? Especifique.

II. Caracterização do CAPS

1. Nome do CAPS:
2. Área de abrangência do CAPS:
3. Equipamentos de saúde presentes no território:
4. Número total de usuários atendidos no CAPS e modalidade de atendimento:
5. Número de profissionais (técnicos e não técnicos):
6. Descrever o projeto institucional do serviço

III. Questões disparadoras

1. Como analisa a inserção e a estratégia de cuidado de um usuário cumprindo medida de segurança no serviço?
2. Foram necessárias transformações institucionais? Comente.
3. Quais dificuldades e facilidades deste processo?

Apêndice 2: Roteiro de entrevista - Usuário

I. Dados do entrevistado

Sexo:

Idade:

II. Questões disparadoras

1. Descreva um momento significativo do cuidado que recebe no serviço e comente sua escolha.
2. Como percebe esse cuidado? Quais aspectos positivos e negativos?

III. Narrativa sobre História de Vida

1. Conte sobre sua História de Vida.

Apêndice 3: Roteiro de entrevista - Técnicos

I. Dados do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação Profissional:

Cargo/função:

Relação com o usuário:

Há quanto tempo trabalha na instituição:

Fez algum curso sobre saúde mental nos últimos 05 anos? Especifique.

II. Questões disparadoras

1. Descreva um momento do cuidado/encontro com esse usuário e comente sua escolha.
2. Como percebe o processo de cuidado desse sujeito? Quais aspectos positivos e negativos desse cuidado/encontro?
3. Quais os efeitos que você percebe desse cuidado para esse sujeito?
4. Você tem informação sobre a política de saúde mental para pessoas em conflito com a lei?

Apêndice 4: Roteiro de entrevista - Outros

I. Dados do entrevistado

Nome:

Sexo:

Idade:

Relação com o usuário:

II. Questões disparadoras

1. Qual sua relação com o usuário?
2. Descreva um momento significativo na relação com esse sujeito e comente sua escolha.
3. Você tem informações sobre o serviço de saúde mental que acompanha esse sujeito?
4. Quais os efeitos que você percebe desse cuidado para esse sujeito?

Apêndice 5: Pedido de Autorização Institucional

Pedido de Autorização Institucional

Eu, Anna Luiza Monteiro de Barros, portadora do RG 16.325.936-7, SSP-SP, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o título provisório *Cuidar em Liberdade: o cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança em CAPS com orientação da Prof. Drª Sônia Barros, Professora Titular da Escola de Enfermagem da USP*. Pretendemos com este trabalho: Descrever a organização do serviço para cuidar de um usuário cumprindo medida de segurança em um CAPS III em São Paulo; compreender as repercussões desse cuidado para esse sujeito com a finalidade de contribuir para a discussão sobre a possibilidade real do cuidado em liberdade para pessoas cumprindo medida de segurança no contexto atual dos serviços comunitários organizados a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A metodologia será desenvolvida através de entrevista semiestruturada realizada pela pesquisadora com o gerente, trabalhadores do CAPS, e outros atores indicados pelo usuário, que serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Assim, solicito autorização da Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros para coletar dados no CAPS III Itaim Bibi.

Autorização para realização da pesquisa

Declaro estar ciente da pesquisa a ser desenvolvida por Anna Luiza Monteiro de Barros e autorizo a coleta de dados por meio de entrevistas semi estruturadas, acesso a documentos formais da Unidade e entrevista com o gerente do serviço na condição de informante no CAPS III Itaim Bibi.

São Paulo, 11 de maio de 2013.

Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros
Regina C. P. Castanheira
Supervisora
STS Lapa/Pinheiros
RF: 624-809.8

Apêndice 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Técnicos

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, **Anna Luiza Monteiro de Barros**, portadora do RG 16325936-7/SSP-SP, aluna regular de pós-graduação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da universidade São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o título provisório “Cuidar em Liberdade: cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança acompanhado em um CAPS III no município de São Paulo”.

Pretendemos com este trabalho: descrever a organização do serviço para cuidar de um usuário cumprindo medida de segurança em um CAPS III em São Paulo; compreender as repercussões desse cuidado para esse sujeito com a finalidade de contribuir para a discussão sobre a possibilidade real do cuidado em liberdade para pessoas cumprindo medida de segurança no contexto atual dos serviços comunitários organizados a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A metodologia será desenvolvida através de entrevista semi-estruturada realizada pela pesquisadora com o gerente, trabalhadores do CAPS, e outros atores indicados pelo usuário, que serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Estamos convidando o senhor (a) a colaborar com esta pesquisa. A participação é voluntária e não irá interferir no seu processo de trabalho. Os entrevistados têm o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo a eles ou a minha vida pessoal ou profissional. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. Agradeço, desde já, a sua valiosa contribuição que será da maior importância.

Consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa com título provisório “Cuidar em Liberdade: o cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança acompanhado em um CAPS” que tem como finalidade contribuir para a discussão sobre a possibilidade real do cuidado em liberdade para pessoas cumprindo medida de segurança no contexto atual dos serviços comunitários organizados a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Concordo em participar da mesma e entendo também, que minha participação é de caráter voluntário, não havendo compensações financeiras. Autorizo que minha entrevista seja gravada, com a garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão ao pesquisador, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal ou profissional.

Esse termo constará de duas vias de igual teor, sendo uma do pesquisador e outra do pesquisado.

Data: ____/____/____

assinatura do participante

assinatura do pesquisador

Pesquisadora: Anna Luiza Monteiro de Barros
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Fone: (11) 99628-0488 e-mail: annaluizamb@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – CEP/EEUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 e-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP/SMS
R. General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – CEP 01223-010
Fone: 3397-2464 – Fax: 3397-2465 – email: smscep@gmail.com

Apêndice 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Outros

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, **Anna Luiza Monteiro de Barros**, portadora do RG 16325936-7/SSP-SP, aluna regular de pós-graduação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da universidade São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o título provisório “Cuidar em Liberdade: cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança acompanhado em um CAPS III no município de São Paulo”.

Pretendemos com este trabalho: descrever a organização do serviço para cuidar de um usuário cumprindo medida de segurança em um CAPS III em São Paulo; compreender as repercussões desse cuidado para esse sujeito com a finalidade de contribuir para a discussão sobre a possibilidade real do cuidado em liberdade para pessoas cumprindo medida de segurança no contexto atual dos serviços comunitários organizados a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A metodologia será desenvolvida através de entrevista semi-estruturada realizada pela pesquisadora com o gerente, trabalhadores do CAPS, e outros atores indicados pelo usuário, que serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Estamos convidando o senhor (a) a colaborar com esta pesquisa. A participação é voluntária e não irá interferir em seu processo de trabalho. Os entrevistados têm o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo a eles ou a minha vida pessoal ou profissional. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. Agradeço, desde já, a sua valiosa contribuição que será da maior importância.

Consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, funcionário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) _____, tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa com título provisório “Cuidar em Liberdade: o cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança acompanhado em um CAPS ”que tem como finalidade contribuir para a discussão sobre a possibilidade real do cuidado em liberdade para pessoas cumprindo medida de segurança no contexto atual dos serviços comunitários organizados a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Concorde em participar da mesma e entendo também, que minha participação é de caráter voluntário, não havendo compensações financeiras. Autorizo que minha entrevista seja gravada, com a garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão ao pesquisador, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal ou profissional. Esse termo constará de duas vias de igual teor, sendo uma do pesquisador e outra do pesquisado.

Data: ____/____/____

assinatura do participante

assinatura do pesquisador

Pesquisadora: Anna Luiza Monteiro de Barros
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Tel: (11) 99628-0488 E-mail: annaluizamb@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – CEP/EEUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3061-7548 - E-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP/SMS
R. General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – CEP 01223-010

Anexo 1: Parecer Consubstanciado do CEP

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDAR EM LIBERDADE: o cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança em CAPS

Pesquisador: Anna Luiza Monteiro de Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10753712.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 201.803

Data da Relatoria: 07/02/2013

Apresentação do Projeto:

A atenção à saúde mental de pessoas que cumprem medida de segurança em liberdade, é ainda um tema pouco estudado, seja em relação à organização de serviços, seja do ponto de vista científico. O estudo pretende contribuir com a construção de políticas públicas intersetoriais, que garantam a efetiva proteção de direitos humanos fundamentais e constitucionais destes sujeitos. Será realizado um estudo de caso, do cuidado de um portador de transtorno mental, que cumpre medida de segurança, em serviço ambulatorial (CAPS-III - Centro de Atenção Psicossocial tipo III) na cidade de São Paulo. Serão realizadas entrevistas com o usuário do serviço e com os profissionais que participam do processo de cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

- 1.Descrever a organização do CAPS III para cuidar de um usuário cumprindo medida de segurança em liberdade;
- 2.Compreender os efeitos desse cuidado para esse sujeito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora se compromete com o sigilo da identidade do voluntário e garante o direito a recusa a qualquer momento da pesquisa; deixa claro no TCLE que denúncias éticas devem ser enviadas ao CEP.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é pertinente e vai colaborar com o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais voltadas aos portadores de transtorno mental que cometem crime. A metodologia é apropriada e os cuidados éticos estão pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas folha de rosto e autorização para a realização do estudo, que está assinada pela STS Lapa-Pinheiros. O cronograma e o orçamento estão adequados. Foram apresentados dois modelos de TCLE, que foram considerados adequados, após terem sido retificados.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

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

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

De acordo com a Res. CNS 196, IX.2.c, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

semestrais, quando for o caso. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 21 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com