

**NUBIA NEVES SANTOS**

**Entre a política e a experiência: reflexão crítica de uma enfermeira de  
CAPS IJ**

São Paulo  
2018

**NUBIA NEVES SANTOS**

**Entre a política e a experiência: reflexão crítica de uma enfermeira de  
CAPS IJ**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, programa Mestrado Profissional Interunidades em formação Interdisciplinar para o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Henriette Tognetti Penha Morato.

São Paulo  
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação  
Serviço de Documentação Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Santos, Nubia Neves.

Entre a política e a experiência: reflexão crítica de uma enfermeira de CAPS IJ / Nubia Neves Santos.; orientador Henriette Tognetti Penha Morato. -- São Paulo, 2018.

71 p. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Narrativa. 2. Intervenção Psicossocial. 3. Serviço de saúde mental. I. Morato, Henriete Tognetti Penha. II. Título.

Santos NN. Entre a política e a experiência: reflexão crítica de uma Enfermeira de CAPS. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Interunidades para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 23/03/2018

### **Banca Examinadora**

Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

Instituição: IP USP

Julgamento: aprovada.

Prof. Dr. Allan Saffiotti

Instituição: Psicólogo Clínico

Julgamento: aprovada.

Prof. Dr. Pedro Barnabé Milanesi

Instituição: Uniararas

Julgamento: aprovada.

## AGRADECIMENTOS

Dedico estas reflexões a todos aqueles com quem divido meus percursos de carreira e de vida. Este trabalho é um plágio das trocas em conversas que tive discussões - até mesmo acaloradas - nos processos de trabalho, dos livros que li, de todas as experiências no contato com as loucuras alheias que me fazem olhar para as minhas. Agradeço:

Maria, José, Marcio, Regiane, Mike, Vanessa, Lilian, Nicolly, Lorena, Rebecca e Duda, porque família é o início e a base para qualquer caminho e relações que se estabelecem com o mundo.

Prof.<sup>a</sup> Henriette, pela escuta atenta e paciência com meus percursos neste trabalho, grata pelas orientações e desorientações.

Ao Cleber Melo e Paulo Cezar que mais do que companheiros de trabalho são referências fundamentais de afeto e companheirismo. Sem dúvida muitas de minhas reflexões são produto do encontro e convívio com vocês!

Àqueles que nem souberam deste projeto atual, mas, são figuras de referência para o meu ser enfermeira, Iana Profeta, Gilberto Prates, Dulce Pazini: a delicadeza e paixão com que vocês tratam a saúde mental e o ser humano me fascina.

Às amigas queridas: Marcele, Carolina, Cristiane, Érika, Alessandra e Patrícia porque a vida não é apenas trabalho e estudo! Um brinde às gargalhadas e peripécias.

♪ [...] E vou sendo como posso / Jogando meu corpo no mundo / Andando por todos os cantos / E pela lei natural dos encontros / Eu deixo e recebo um tanto [...] Que peço e dou esmolas / Mas ando e penso sempre com mais de um / Por isso ninguém vê minha sacola ,

(Novos Baianos, 1972)

## RESUMO

Santos NN. Entre a política e a experiência: reflexão crítica de uma enfermeira de CAPS [dissertação profissional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida.

Este estudo se pretende reflexão crítica a partir da apresentação das experiências de uma Enfermeira de CAPS. Trata-se de Narrativa baseada na historiobiografia com descrição detalhada do processo de implantação, organização e cenários da experiência do cotidiano do trabalho em serviço de saúde mental e da rede de atenção a saúde. Parte de reflexão crítica sobre as principais políticas de saúde mental cotejada com experiências da autora em trechos de diário de bordo e também das experiências em outros CAPS da cidade descritas por outros autores. Destacam-se a complexidade do trabalho em CAPS e do ato de estabelecer rede. Sublinham-se os desafios para as políticas públicas e políticas territoriais colocando como questão aos trabalhadores, cidadãos e governos a problematização e valorização das experiências do cotidiano como meio de compreensão das demandas e organização dos serviços para oferta de cuidados em saúde de modo articulado e resolutivo, bem como o sofrimento destes trabalhadores e a dificuldade de manterem-se produzindo sentido e prazer nesse modo de estar no mundo.

Palavras-chave: Narrativas. Intervenção Psicossocial. Serviço de saúde mental. CAPS Infanto-juvenil.

## **ABSTRACT**

Santos NN. *Between politics and experience: critical reflection of a CAPS nurse [dissertation professional]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Corrected version.

This study intends to reflect critically from the presentation of the experiences of a CAPS Nurse. It is a Narrative based on historiobiography with a detailed description of the process of implantation, organization and scenarios of the daily experience of work in mental health service and the health care network. Part of critical reflection on the main mental health policies compared with the experiences of the author in excerpts from the logbook and from the experiences in other CAPS around the city described by other authors. The complexity of the work in CAPS and the act of establishing a network are highlighted. It highlights the challenges for public policies and territorial policies, placing as a matter of question to workers, citizens and governments the problematization and valuation of everyday experiences as a means of understanding the demands and organization of services to offer health care in an articulated and resolute manner as well as the suffering of the workers and the difficulty of keeping producing meaning and pleasure in this way of being in the world..

Keywords: Narratives. Psychosocial Intervention. Mental Health Services. CAPS Infanto-juvenile.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família.
CDHU	Companhia De Desenvolvimento Habitacional E Urbano Do Estado De São Paulo
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEFAI	Centro de Formação e apoio a inclusão.
CJ	Centre de Juventude
CCA	Centro de Convivência de Criança e Adolescente
CEU	Centro de Ensino Unificado
CER	Centro Especializado De Reabilitação
NIR	Núcleo Integrado De Reabilitação
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Organização Social de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
STS	Secretarias Técnicas de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CAPÍTULO 1 – O MUNDO DO QUAL PARTO</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO 2 – APRESENTANDO OS CAMINHOS DESTE TRABALHO</b> .....	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 3 – O MUNDO NO QUAL ME LOCALIZO</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Apresentação do Território</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Trajétórias de implantação do CAPS infanto-juvenil</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2.1</b>	Processo de organização para inserção no território e articulação de rede .....	<b>28</b>
<b>3.2.2</b>	Processo de organização das atividades internas do CAPS .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 4 – LEIS E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E CAPS QUE NOS EMBASA</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Principais dispositivos para as ações nos CAPS</b> .....	<b>40</b>
<b>4.1.1</b>	Acolhimento.....	<b>42</b>
<b>4.1.2</b>	Clínica ampliada e trabalho em rede .....	<b>44</b>
<b>4.1.3</b>	Cogestão .....	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 5 – A TEIA QUE SE MOSTRA</b> .....	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Políticas de saúde mental e implantação dos CAPS: o que cabe ao estado e aos cidadãos?</b> .....	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>Desafios da própria clínica e discurso</b> .....	<b>58</b>
<b>6</b>	<b>CAPÍTULO 6 – À GUIA DA MORAL DA HISTÓRIA</b> .....	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>

## **CAPITULO 1 - O MUNDO DO QUAL PARTO**

Desde o início da minha graduação em Enfermagem surgiram os primeiros estranhamentos e inquietações a partir das experiências que tive na atenção básica. Em especial nas unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF), que em meados de 2008, não cobria todo o território. Porém, nas unidades das quais estava implantado já havia algum percurso efetuado. Percebia fortes críticas dos profissionais acerca das demandas, sobretudo burocráticas, que estavam colocadas e com perspectiva de aumento dessas exigências, de tal modo que produziam cada vez menos possibilidades de autonomia e construção de estratégias locais para as equipes ali atuantes. Tal situação se agravava visto perceberem-se ameaçados para cumprirem metas, sendo impelidos a seguir, fiel e rigidamente, as determinações de políticas e resoluções que lhes são impostas, seja pelas instituições de contato direto (empregador) ou por instituições indiretas, tais como secretarias, coordenadorias e etc.

Com esta inquietação decidi estudar a enfermagem pelo viés da saúde mental, na tentativa de procurar um conhecimento que acreditava estivesse faltando na grade curricular. Em minhas hipóteses isso poderia ser o elo entre os conhecimentos científicos e as aplicações nas relações estabelecidas com os usuários e com o próprio trabalho e que talvez me fizesse compreender um modo de ser profissional que pudesse me desviar dessas burocracias, sofrimentos paralisantes, e de alguma forma, pudesse me auxiliar a alcançar objetivos de cuidado que produzissem resultados e satisfação.

No entanto, meu incômodo se intensificou quando optei pelo campo da Saúde Mental, indo trabalhar num Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS ij), no qual estive presente desde sua fase de implantação em 2010. A partir dessa experiência porque iniciei uma reflexão acerca dos processos de adoecimentos, que, neste e em todos os campos da saúde, são fortemente impactados pelas condições das organizações enquanto sociedade e concepções de modos de viver. Isto porque todos somos atravessados pelas relações que

estabelecemos em família, situações de moradia, de educação, de alimentação, de emprego, de lazer entre outros determinantes e condicionantes sociais (tanto para os usuários quanto para os profissionais). E esses atravessamentos são também resultados de ações ou das não ações de governos, organizações sociais, de políticas, leis que determinam fortemente as compreensões que nos orientam e que guiam as noções de mundo e cultura.

Nesta perspectiva, iniciei o processo de mestrado partindo de constante inquietação por perceber que os profissionais de saúde em algum ponto, senão tão logo iniciam suas carreiras, alcançam um status de insatisfação e algo de angústia e sofrimento com suas práticas e suas relações de e com o trabalho. Esse sofrimento em geral se caracteriza pela perda do entusiasmo e da qualidade do trabalho, de tal modo que desinvestem no emprego de energia para cuidar da saúde dos outros ou mesmo da própria saúde, levando a um clima institucional carregado e insalubre.

Esse percurso me leva a questionar o que é ser profissional em saúde e como, sendo esse profissional, podemos continuar produzindo sentido e prazer neste modo de estar no mundo. Partindo desses pressupostos, entendi que um caminho possível de discutir e trazer o foco para estas questões seria contar um pouco do percurso que fiz, sobretudo enquanto enfermeira deste CAPS ij

Acredito que contando minhas experiências posso apresentar aspectos que desejo sublinhar: sofrimentos, desafios e embates. Pretendo, com isso, a partir do real de trabalho de narrativa e organização da minha experiência alcançada, provocar reflexão e, quiçá, discussões para subsidiar o caminhar. Acredito, ainda, que olhar e traçar possíveis compreensões do que se vive pode reduzir angústias e por esse “caber na compreensão” seria possível encontrar sentido, tal qual um rumo para continuar nessa caminhada... Nessa direção, pretendo realizar uma reflexão crítica discutindo as principais leis e políticas no campo da saúde mental e contar do modo como as coisas acontecem de fato no cotidiano. Almejo com isso a explicitar a forma como essas “políticas” incidem nos cotidianos de trabalho.

Destaco, para fins de elucidação de meu entendimento, que, nestas minhas reflexões, refiro-me a “política” relacionada aos textos elaborados para direcionar as ações a serem realizadas nos diferentes serviços. A meu ver poderiam ser apontamentos de direção de como fazer; no entanto, entendo que assumem forma de determinações que sobrepõem as experiências dos trabalhadores e as

situações que se apresentam, circunstâncias estas que muitas vezes surpreendem e demandam a formulação de ação para este determinado evento que se manifesta. Ressalto com isso que a verdadeira política é o que acontece nas relações e nos espaços de encontro. À vista disto, pretendo sublinhar a importância de tecer caminhos oriundos das relações e articulações entre aqueles que estão na lida e vivenciando as coisas tais como elas acontecem no cotidiano, evitando tomar por verdade e resposta absoluta os textos que, embora sejam sim, passíveis de valorização pelas experiências de quem percorreu caminhos parecidos, representam formulações de momentos e situações que podem divergir ou mesmo que já não tenham mesmo efeito em momento posterior.

Acredito numa reflexão que nos leve a considerar a importância da experiência e da construção de novos e diferentes modos de estar e de trabalhar que pode ser elaborado a partir e entre aqueles que estão na prática. Isso sem se deixar levar por representações e suposições paralisantes acerca do não poder ou de um poder obscuro que se configure em força maior que atravessa e impeça a ação. Assim, tal reflexão, como pretendo apresentar, poderá empoderar outros profissionais da área por possibilitar reflexão e conjecturar ações para novos rumos e articulações que se constituem fundamentais para este momento de “desmonte”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Desmonte foi utilizado neste trabalho se referindo a um afastamento de princípios e sucateamento dos serviços (ou seja, cortes orçamentários, congelamento da PEC 55 na emenda constitucional nº 95 e metas para OSS com impacto nos repasses (Brasil, 1988)).

## CAPITULO 2 - APRESENTANDO OS CAMINHOS DESTE TRABALHO

Parto do desejo e necessidade de explicitar experiências e discutir criticamente os modos como foram organizados os trabalhos deste CAPSij. O caminho que se apresentou plausível foi o de trazer à tona os elementos da minha história e do cotidiano na vida profissional. Deparei-me com a historiobiografia como forma de pensar essas questões na perspectiva não apenas filosófica, mas compreensiva.

Entendo, assim como Critelli (2012), que a compreensão é necessidade humana de esclarecimento, pois é este compreender que dá chão ao resultado. Nesta perspectiva, a autora defende que a historiobiografia tem uma estrutura reflexiva, mas também terapêutica ou mesmo de educação existencial. A autora apresenta que as experiências são vividas pelo indivíduo, porém esta existência é sempre compartilhada e que nascemos em uma trama de relações já instituídas, mas, que começamos também dela participar como tecelões. É um caminho possível para nos reorganizar é através de relatos e histórias que, em meio a interpretações, permite sulcar um caminho pessoal.

[...] neste entrelaçamento entre os homens, no seu falar a respeito do mundo e no seu relaciona-se com todas as coisas, que um ente ganha a possibilidade de ser aquilo que é e como é. E ganha também a possibilidade de deixar de ser o que é e como é, embora o ente, a coisa mesma, não desapareça (Critelli, 1996, p. 62).

Deste modo, a Historiobiografia é a história que conta a história da vida pessoa. Assim, permite traçar caminhos que podem revelar a essência e a plausibilidade das vivências para o alcance do sentido e abertura de possibilidades de rumos e ações (Critelli, 2012).

Então, a narrativa se desvela como abertura para extravasar a historiobiografia, nessa busca de contar do que vivi e do como vivi. Por meio da descrição detalhada oferece condição de constituir construção e promover contato com a realidade do lugar do qual parto (Saffiotti, 2017). Pela narrativa podemos acessar elementos necessários para trabalhar a relação entre ator social e instituição na qual estou inserida e considerando a prática como uma ação em

ação, pois o pensar e refletir já são um modo de agir sobre o que ocorre na prática (Aun, 2005).

Por esta razão, opto por fazer esse paralelo entre contar do que vivo e do que questiono, com desejo de trocar experiências e fazer circular discussões já efetuadas por outros autores, pois, a narrativa é uma ferramenta pela qual a minha experiência e a dos outros pode se transformar num produto sólido, útil e único. Diz Benjamin (1994, p. 221) que “o narrador pode recorrer ao acervo de toda uma vida (uma vida que não inclui apenas a própria experiência, mas em grande parte a experiência alheia)”. Para tanto, efetuo esse contar de minha história a partir de minhas experiências registradas em diário de bordo que é um instrumento que resgata a historicidade da pesquisa e que demonstra o que foi vivido de modo autêntico e detalhado (Aun, 2005).

Os registros em diário de bordo foram construídos no decorrer do ano de 2017, sem, contudo, referir-se a apenas eventos a partir dessa época. Retrata um material de anos de construção, confeccionado com a contaminação de elementos do passado. Intentam retratar situações vividas neste período por meio de cenas, e também, de resgate histórico de memórias de ocorrências do lapso da implantação em 2010 até o presente deste equipamento, memórias estas que emergiram dos gatilhos do cotidiano atual.

No processo de confecção e releitura das descrições do diário, saltaram as possibilidades e caminhos de discussão que delinearam o formato do texto e seus capítulos, bem como os assuntos que se mostraram passíveis de abordagem para provocar discussões. Os trechos selecionados foram recortes de identificações com experiências de angústias e entraves vividos também por trabalhadores dos outros CAPS descritos no trabalho do Saffiotti (2017).

Opto pela não publicização da íntegra do diário por conter elementos de intimidade, por se tratar de experiências vividas e que retratam situações do cotidiano vivo, que poderiam provocar exposição e/ou conflitos de origem ética. Entretanto, acredito que os trechos extraídos sejam suficientes para comunicar os sentidos e provocações, na direção da proposta deste estudo.

Inicialmente questionava-me sobre a validade de um trabalho de narrar o cotidiano, acreditando que muitas de minhas inquietações poderiam já estar por aí respondidas, conforme mostra um trecho de meu diário de bordo:

*[...] desta forma sucessiva vou percebendo que muitas pessoas sofreram as coisas que sofro e se perguntam as mesmas coisas que me pergunto e os incômodos continuam. Mas parece que explicações e respostas já foram há muito postuladas. (...) elas estão escondidas ou fora do alcance de quem as vive cotidianamente em suas práticas nos serviços e territórios e que pouco desse conteúdo chega para que possamos elaborar nossas questões.*

Todavia, Critelli (2012) lembra que se não podemos narrar nossas próprias histórias, corremos o risco de nos perder de nós mesmos nos discursos dos outros e que esses discursos que nos dirigem veladamente exercem um poder quase que absoluto. E continua argumentando que a narrativa, enquanto história que conta da história, é um processo que favorece aos indivíduos a aquisição da lucidez e os prepara para uma autoria consciente e responsável na existência.

Quando tive contato com o estudo de Saffiotti (2017) notei que os pressupostos se assemelhavam, embora tratasse de outros territórios, me fez perceber a importância que de saber como outros profissionais se arranjam e lidam com situações limites, as mesmas que muitas vezes vivenciamos. Entendi que é muito importante compartilhar experiências e arranjos efetuamos no território que vivo, afetando a reflexão de outros trabalhadores do mesmo modo que fui afetada.

Assim se, conforme Critelli (2012), é na trama das relações a partir da história que nossas histórias encontram possibilidades de realização, optei por utilizar este estudo como base comparativa para minha narrativa e reflexão. Assim, utilizo da descrição do território e do CAPS IJ a que pertenço e do meu diário de bordo, cotejando com as descrições dos territórios e experiências dos CAPS apresentados Saffiotti (2017), fazendo, dessa forma, diálogo com os referenciais que norteiam o projeto de CAPS enquanto dispositivo estratégico de saúde mental.

Percebi a importância de como a reflexão de Saffiotti (2017), em muitos momentos, me contorna, conforta e dá sentido na identificação com as experiências vividas. Desta forma, fica claro que preciso falar do lugar no qual estou intermetida e da necessidade de trazer enfoque para o território da zona sul. Sobretudo levando em consideração que o real se torna suportável quando podemos narrá-lo, e que a partir desta compreensão, é possível definir ações (Critelli, 2012). Desta maneira, se minha preocupação reside em provocar reflexão



e falar a partir de um mestrado profissional, que tem como premissa trazer benefícios ao meu local de trabalho, nada mais justo que explicitar os aspectos com os quais tive e tenho contato, cotejando com as experiências de outros tantos, para buscar fomentar discussões com este enfoque e abrir caminho para estas e outras reflexões que possibilitem melhorias nas políticas e no trabalho especialmente para a zona sul da cidade de São Paulo., não explorada por Saffiotti (2017). Proponho com isso, explicitar algumas de minhas experiências vividas e dialogadas com outros profissionais e também comparando às experiências daqueles com quem não tive contato senão através do trabalho de Saffiotti. Dessa forma, recorrer à leitura desse material de Saffiotti (2017) se propõe enquanto pré-texto no sentido de promover uma reflexão sobre o próprio trabalho e modos de ser profissional. E como por ele apresentado,

Como crônica do itinerário de um pensamento, ele será necessariamente autobiográfico, na medida em que o esquema de referência de um autor não só se estrutura como uma organização conceitual, mas se sustenta em alicerce motivacional, de experiências vividas. É através delas que o investigador construirá seu mundo interno, habitado por pessoas, lugares e vínculos, que, articulando-se com um tempo próprio, num processo criador, irão configurar a estratégia da descoberta (Pichon-Rivière, 2005, p. 6).

## **CAPITULO 3 - O MUNDO NO QUAL ME LOCALIZO**

Nesta seção farei apresentação do território no qual estou inserida e do processo de implantação do CAPS IJ a partir de descrições dos modos de organização político-administrativo, mas também, pelo modo como vejo.

### **3.1 Apresentação do Território**

Em outubro de 2010 iniciei meu percurso na implantação de um CAPS infantil no território da Capela do Socorro. E proponho, para ser possível imaginar a configuração deste território, fazer algumas descrições a partir do olhar que tenho sobre ele.

Um estudo<sup>2</sup> realizado em 2017 mostra que a Capela do Socorro, ao lado de Parelheiros e M'Boi Mirim, alcançam 36,4% do território da cidade, sendo extenso e com o agravante de ter se configurado a partir da ocupação em áreas de preservação ambiental e de proteção de mananciais (São Paulo (Estado), 2017). Desta forma, caracteriza-se pela vasta distribuição espacial, também bastante populosa. Na Capela do Socorro, no ano de 2010, a estimativa populacional contava com aproximadamente 700 mil habitantes, número que atualmente já se encontra expandido, lembrando dados de população em situação de rua não consta de estudos censitários desta ordem.

Para fins de organização e municipalização, foram criados subprefeituras e distritos administrativos, conforme discutido por autores como Mendes (1992) e em documentos oficiais. Com esta lógica, este CAPS infanto-juvenil foi instalado na região da Capela do Socorro, tendo como área de jurisdição do cuidado os três distritos administrativos: Socorro, Cidade Dutra e Grajaú. (São Paulo (Município), 2009). Com isso, busco explicitar que o CAPS infantil iniciou seu percurso destinado a cuidar de um território imenso, complexo e com distintas realidades e

---

<sup>2</sup> Estudo realizado para o plano decenal de assistência Social da Cidade de São Paulo – disponível no site. (São Paulo (Estado), 2017).

demandas. Incorporava um contingente populacional denso e que corresponderia a uma “cidade” dentro da Cidade de São Paulo.

Acompanho a visão de Saffiotti (2017) acerca do território como um pedaço de chão habitado por forças sociais que se fusionam em diferentes visões de mundo, e que, embora haja essa distinção territorial formal, existem outras compreensões deste mesmo espaço, que parte da percepção do território vivida e percebida por quem nele habita e transita. Desta maneira, nas discussões emanadas dos profissionais de saúde e mesmo com as pessoas que moram nesses locais, ficam perceptíveis as variações de ‘cultura’, de necessidades e da estruturação do local, que diferem muito desta proposição por distritos administrativamente elaborada pelos governos.

Para exemplificar as particularidades, farei descrição comparativa entre essa divisão formal dos distritos e as percepções deste território, que formulei baseada nas lembranças e representações construídas ao longo desses anos, partindo de minhas sensações ou mesmo do convívio e discursos das pessoas que habitam e se identificam com esses lugares. Faço essas distinções na tentativa de apresentar ao leitor o lugar do qual parto, objetivando guiar uma possível construção de esquema mental que aproxime com o que estou apresentando, de modo a tornar presente a quem de longe “vê”, àquilo que acontece no cotidiano deste território.

Faço, também, estas descrições contrapondo com a percepção de que as apropriações e formação destes territórios se dão de forma distinta da didática arquitetada e que as organizações da vida e distribuição nestes locais obedecem a outros critérios. Assim, os distritos administrativos formalizados pela lei nº 13.399, (São Paulo (Município), 2002), são os três já citados neste estudo, porém, pode ser que existam até mais possibilidades de singularidades... Na minha percepção, compreendo quatro distinções destas que denominarei territórios.

Um primeiro território percebido, que, acredito seja por questões de circulação social e acesso à saída para o centro da cidade, tem limites compreendidos entre a região de Santo Amaro a partir do distrito de Socorro até certa porção do distrito da Cidade Dutra, composto pelos bairros: Socorro, Veleiros, Cidade Dutra. Esse território se inicia às margens da represa do Guarapiranga indo até as imediações do Autódromo, com construções e moradias de padrão médio a elevado. Nesta região predominam os grandes comércios, empresas e uma unidade básica de saúde (UBS) de modalidade tradicional. Às margens da represa

situam-se restaurantes e casas de show. À noite, em alguns destes pontos, ocorre a conversão do cenário e fica evidente a aglomeração de pessoas oferecendo serviços de prostituição e muitas casas noturnas com trabalho voltado para este fim. Há também, uma formação de pessoas em situação de rua que se alojam ao longo da Avenida Atlântica, próximas às comunidades e pontos de tráfico de drogas.

Um segundo território se localizaria na região posterior ao Autódromo indo até a divisa com o distrito do Grajaú, sendo composto desde bairro, Vila da Paz, e favelas, região que vai até Jd. República. Esta é uma realidade oposta ao que acabei de descrever. Neste local há grande porção de ocupação, com construções precárias, margeando o Rio Pinheiros. Foi aí também instalado o programa CDHU<sup>3</sup> e no seu entorno houve ocupação e instalações de favelas (CDHU, 2017). Por longo período, houve situações de tráfico e violência, não havendo aplicação de políticas públicas, ou melhores possibilidades de aproximação com este local. Recentemente, no ano de 2016, foi implantada a primeira Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBSF) neste território.

Num terceiro território circunscrito, essencialmente ao distrito de Grajaú, predominam construções com características de ocupação, correspondente aos bairros Cocaia, Cantinho do Céu, Eliana até trechos do Jd. Noronha. O acesso para este local é bastante difícil, devido a questões de transporte público, mas também pelas organizações de tráfico e violências estabelecidas. A maior densidade populacional está localizada nesta faixa. Predominam UBSF's, porém, com frequência, em defasagem de profissionais e com dificuldade de articulação com serviços de especialidade que, via de regra, situam-se fora desta localidade e, portanto, de difícil acesso.

Um quarto território, por fim, embora ainda se refira à porção distal do subdistrito do Grajaú, apresenta outras particularidades, sua população se comporta de modo menos identificado com a “cultura do Grajaú”. É composto por bairros adjacentes ao Jardim Icarai, Vila Natal, encerrando-se na porção da Chácara Santo Amaro. Este trecho é caracterizado pelo predomínio de ocupação, com construções muito próximas, casas sem quintal, geralmente construídas sob a forma de prédio, em sua maioria constituída por mais de um andar e de pavimentos

---

<sup>3</sup> CDHU – foi um programa da secretaria de estado da habitação para fornecimento de moradias para cidadãos de baixa renda.

habitados por diversas famílias e aglomerados. Este local tem uma organização muito próxima à região mediana acima descrita no que tange à escassez, acesso e violência. Nesta região há cobertura completa da Estratégia Saúde da Família e comércio instalados. É também nesta região que se situa o, hoje, CAPS IJ. Composto essa noção do quarto território, está o último trecho que faz divisa com Parelheiros, predominando configuração rural, casas afastadas, região verde, poucas condições de saneamento e distante de comércio e dos equipamentos de saúde, quiçá de transporte público.

Com base nessas descrições de traços geográficos e das organizações e modos de viver neste território extenso e com características bastante diversas e complexas, é possível acompanhar a noção de território do Saffiotti (2017). Diz ele que tal noção não se restringe à divisão geográfica, mas a uma produção de relação entre as pessoas e com o espaço que é diferenciada: algo como “cultura do local”.

Lembro-me que em 2010, o território tinha estas características de urbanização e violência e que não sofreu grandes modificações ao longo do tempo. A vulnerabilidade social, seja por fatores econômicos e de violência, permanece quase que inalterada. O acesso ao transporte público ficou mais difícil depois da reorganização que ocorreu naquele ano para validar os terminais. Desta forma, locais que teriam transporte direto para o centro da cidade não circulam mais desta maneira, sendo necessária baldeação dos bairros para o terminal e deste para o centro. Verifica-se que, aos finais de semana, a disponibilidade de ônibus restringe-se, devido a intervalos ainda maiores que em relação aos dias úteis, o que poderia transparecer como não sendo desejável a circulação de cidadãos da periferia em dias que não os de trabalho.

Assim, o acesso aos conteúdos de cultura e lazer do centro não estão disponíveis para esta população. Ao longo dos anos, manteve-se a escassez de iniciativas de lazer e cultura no território e o que existe é pouco conhecido. Há escasso investimento público nesse setor, sendo apenas os CEU's (Centro Educacional Unificado) e CECCO's (Centro de Convivência e Cooperativa) os equipamentos de iniciativa pública para esta oferta. As demais iniciativas para oferta de cultura e lazer são provenientes da esfera privada, a partir de projetos de ONG's, instituições religiosas e filantrópicas, que embora de importante apoio, são restritas tanto em quantidade e número de vagas quanto a público alvo. Por esta

razão, fica evidente que grande parte da população não acessa este tipo de possibilidade. Seus arranjos acabam por se constituir em participação em festas e eventos comunitários, tais como “o pancadão”<sup>4</sup>, promovidos pela comunidade. Apesar de não se poder generalizar, é pertinente refletir a partir as falas de membros da comunidade e dos próprios usuários e seus familiares, de como a promoção deste tipo de eventos pode estar relacionada à grande oferta de substâncias psicoativa e tráfico.

### **3.2 Trajetórias de implantação do CAPS infanto-juvenil**

Anterior à instalação do CAPS IJ, estavam implantadas na região da Capela do Socorro duas equipes de saúde mental alocadas em distintas Unidades Básicas de Saúde. Existia, também, em algumas Unidades Básicas do tipo Tradicional, a presença de profissional psiquiatra.

Em geral, tanto os integrantes dessas equipes de Saúde Mental, quanto os especialistas nos ambulatórios, eram profissionais que tinham escopo de atendimento voltado para o público adulto. Exceto em uma das equipes de Saúde Mental que contava com a presença do profissional psiquiatra especialista em Infância que recebia grande parte das demandas infantis. Os demais profissionais restringiam ao máximo o contato e seguimento desta população.

Predominava, no discurso de grande maioria dos profissionais de saúde mental, a dificuldade no atendimento de crianças e adolescentes, motivados por sentimentos de despreparo para lidar com situações de infância, alegando que sua formação fora delineada para o cuidado de população adulta. Queixavam-se de atender a população infanto-juvenil, sobretudo, para que não ficassem desassistidos, porém, eventualmente poderiam não estar adotando condutas mais indicadas, seja por falta de recursos materiais, estruturais ou mesmo de formação para condutas terapêuticas.

---

<sup>4</sup> Festividade promovida pela comunidade inspirado nos Bailes criados no Rio de Janeiro em meados de 1980, com músicas com temas sexuais e linguagem eletrônica conhecida como “pancadão” (Pimentel, 2014).

Quando da notícia da implantação do CAPS ij, houve ambivalência no tom da recepção por parte dos profissionais de Saúde Mental já instalados no território. A priori, elaboraram lista de usuários com demandas psiquiátricas, dando a entender que fariam transferência destes atendimentos que efetuavam nas unidades, desresponsabilizando-se de antemão pelos cuidados a partir daquele momento.

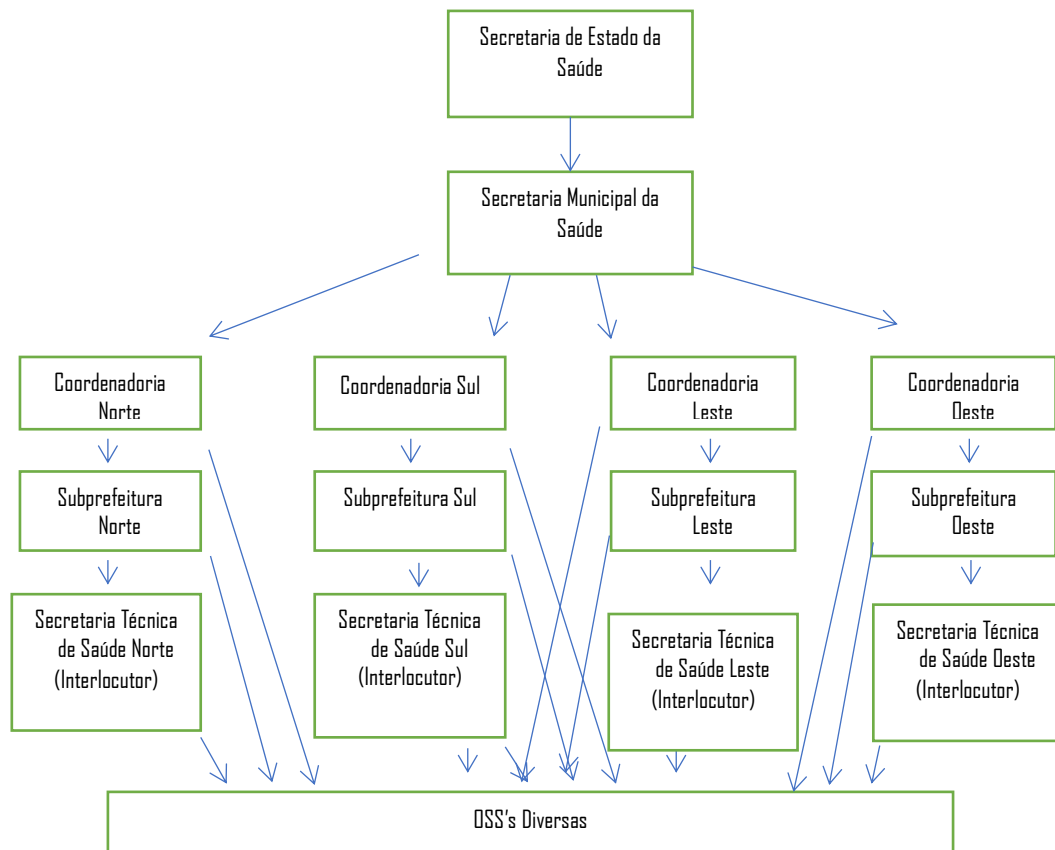
Ficou explícito um desconforto, não apenas pela intrusão de um serviço que se pretendia, segundo a política, reordenador das ações de Saúde Mental no território - que poderia questionar e de alguma forma interferir no modo como as ações vinham sendo organizadas e efetuadas - mas, também, provocado por razão da gestão do CAPSij ser realizada por OSS<sup>5</sup> distinta daquela que fazia a gestão das equipes de Saúde Mental. Neste momento sobressaltaram-se os entraves decorrentes dos processos de gestão, conflitos de poder e compreensões entre os diferentes setores da organização da gestão da saúde no Município.

Desde sua implantação, esse CAPSij é gerido pela mesma OSS, que responde à Secretaria Municipal de Saúde. Porém, esta é organizada por uma hierarquia diferenciada, que regionalmente são representadas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde: norte, sul, leste, oeste. Estas, por sua vez, possuindo encarregatura de coordenar ações nos território organizadas pelas Secretarias Técnicas de Saúde (STS), alocadas nas Subprefeituras na pessoa de Interlocutores conforme representada na figura 3.1. Lembro que este esquema não é oficial, mas, uma representação que formulei para rápida compreensão das relações de hierarquias com o CAPSij em 2010 e que já sofreu reformulações, embora não tenha solucionado a questão do excesso de burocracias e hierarquias.

---

<sup>5</sup> OSS – Organização Social de Saúde - vide LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998 que dispõe sobre as organizações de Saúde e contratos de gestão, complementado por Barreto et al. (2016).

Figura 3.1 – Representação da Hierarquia de governo



Fonte: ilustração criada a partir de representação da autora.

Embora a política de descentralização originalmente intente proporcionar que ações e políticas territoriais e locais sejam formuladas, implantadas e avaliadas in loco, almejando simplificar ações e condutas políticas, na realidade não ocorre desta maneira. Percebo nos cotidianos da prática, a ocorrência de conflitos, interferências e atravessamentos diversos vindos de todas as direções das hierarquias, que decorrem de intervenções e compreensões por vezes completamente distintas entre si. Desta maneira, tensões decorrentes de conflitos ideológicos e partidários, que se mostram, travam os processos de aplicação e implantação das políticas. Essas interferências não permitem que avancem as ações em saúde, truncando processos e confundindo profissionais e instituições no sentido do trabalho e do projeto de ação institucional.

Ora, de alguma maneira, a gestão deveria ser realizada pelo Município e apoiada pelo Estado; no entanto, foi criado o organograma acima citado, notadamente burocrático e segmentado, e que cada instância não traduz



continuidade, assumindo compreensões distintas e conflitantes provocando excesso de mandos e desmandos. Na prática, as instâncias interferem e atravessam as condutas umas das outras, produzem determinações e orientações muitas vezes até mesmo contraditórias, dificultando a aplicação do trabalho pelos trabalhadores, e fazendo inclusive, acordos distintos de funcionamento e compreensões entre as diferentes OSS nos territórios e das Unidades de gestão diretas. Claramente isso determina as diferenciações dos trabalhos realizados pelas instituições que em nada se assemelham ao projeto único elaborado pelos SUS.

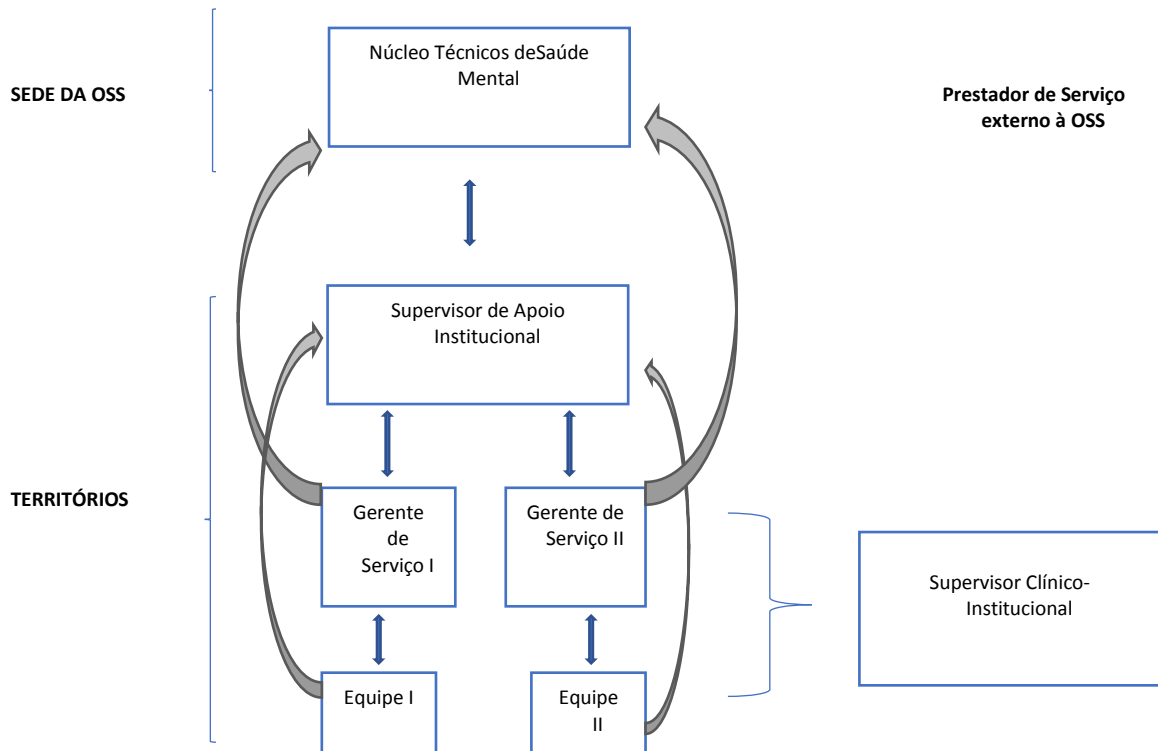
Por esta razão, pode-se entender o porquê da dificuldade de articulação entre os distintos serviços de saúde nos territórios, que não se diferenciam apenas pelas distinções de gestão e salários, mas por conflitos de poder e compreensões, gerando certa disputa e competição. Assim não permitem um alinhamento e oferta de cuidados seguindo a lógica de um Sistema que se propõe Único.

Quanto à estruturação desta própria OSS (figura 3.2), que por algum tempo com relação ao Campo da Saúde Mental se diferenciava em virtude do alinhamento com a Reforma Psiquiátrica, houve modificações em sua estrutura e organização de trabalho ao longo dos anos. No período de implantação do CAPSij contava com um núcleo de Saúde Mental alocado na sede da instituição, que garantia discussões e aplicação da política de desinstitucionalização e defesa da Reforma Psiquiátrica, alicerçada nos discursos e revisitação de teorias. A interface deste núcleo de Saúde Mental era efetuada através de capacitação e acompanhamento realizado por Supervisores Institucionais, que eram profissionais destinados a ofertar suporte para até três equipamentos de CAPS, por meio do acompanhamento dos gerentes nos serviços e do processo de trabalho das equipes mediante discussões alicerçadas no discurso desenvolvido na sede e as aplicações territoriais.

Pelo período de 2010 a meados de 2011, houve o apoio de um profissional externo denominado Supervisor Clínico Institucional (Brasil, 2005), contratado com a intenção de conduzir a discussão do projeto de Reforma Psiquiátrica e CAPS. Porém, foram acontecendo alterações nos contratos de gestão e, atualmente, não há mais a contratação destes dois seguimentos profissionais, Supervisores Institucional e Clínico Institucional. Perderam-se, assim, aos poucos, o caráter de formação e discussão constantes, sendo os serviços chamados a responder pelas

metas preconizadas pelo contrato de gestão, mesmo que não tenha havido um estudo que singularizasse o modo de avaliar os processos de trabalho e qualidade dos serviços de Saúde Mental.

Figura 3.2 - Estruturação inicial da organização da social



Fonte: a autora.

Neste contexto de território, estrutura de gestão do município e da OSS, em outubro de 2010 inicia-se o processo de implantação do CAPS infantil, que veio a ter nomenclatura alterada para CAPS infanto-juvenil (São Paulo (Município), 2016). Essa alteração ocorreu no Município de São Paulo com a Portaria nº 2311/2016-SMS, decorrente de discussões acerca do caráter de atendimento à infância e adolescência e da necessidade de se promover distinções e singularidades para essa população. Inocêncio (2016)<sup>6</sup>, (informação verbal), enquanto membro da Secretaria Municipal de Saúde, ressalta que a mudança da nomenclatura leva em consideração as peculiaridades da infância e adolescência e a importância da

<sup>6</sup> Fala proferida no evento I encontro municipal de CAPSIJ da cidade de São Paulo, em 2016.

compreensão destes enquanto seres em formação e desenvolvimento. Enfatiza, ainda, que esta mudança foi necessária para evitar adultomorfismos.

Destaca-se, portanto, que as políticas e compreensões de linha de cuidado para a infância e adolescência ainda são precárias e acompanham as conquistas da Reforma Psiquiátrica formulada para a fase adulta. Segundo a lógica da portaria GM/MS 336 (Brasil, 2002), que dispõe sobre a classificação dos CAPS, este serviço se configurou enquanto CAPS II<sup>7</sup>. Tem horário de funcionamento previsto, desde sua implantação, das 7 às 19 horas, sendo que esta formatação se mantém até momento presente. Estima-se que a implantação de um CAPS infantil seja para cada 200 mil habitantes. No entanto, até o momento, houve a implantação apenas desta unidade para ofertar suporte para toda a Região da Capela do Socorro

Muitas discussões foram feitas a partir da necessidade de ampliação de serviços devido a demandas e sobrecarga. Houve algumas especulações acerca de implantar um segundo CAPSij no território da Capela do Socorro ou mesmo de transformação de nosso equipamento em CAPSij III, possibilidades que, até o momento, não se efetivaram. Inicialmente, a equipe foi composta por 1 enfermeira, 5 auxiliares de enfermagem, 3 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 3 psicólogos, 2 médicos psiquiatras, 1 farmacêutico e 1 técnico de farmácia, 2 profissionais de apoio, 2 ATAS (assistente técnico administrativo) e 1 gerente, e profissionais terceirizados: 1 motorista e 2 profissionais auxiliares serviços gerais. Os ganhos mínimos relacionam-se com discreta ampliação da equipe do nosso CAPS, pois, atualmente, conta-se com o acréscimo de mais 1 enfermeira, 1 ATA e 2 oficineiros.

Desde o início da integração, o discurso institucional estava marcado pelo tom e direcionamento das atividades do CAPS que obedeceriam com rigor às legislações e determinações das políticas vigentes e constituídas embasadas e alinhadas com a Reforma Psiquiátrica. Com tal característica, cabe destacar que a

---

<sup>7</sup> De acordo com a Portaria existe três modalidades de CAPS também conhecido como CAPS saúde Mental que se destina a cuidar de adultos com transtorno mental, CAPS ad que trata de pessoas com conflitos no uso de álcool e outras drogas, CAPSi que se destina a tratar crianças e adolescente. Recentemente a Portaria nº 2.311/2016 (São Paulo (Município), 2016), altera a nomenclatura para CAPS ij para o município de São Paulo com intuito de esclarecer e divulgar o público de abrangência destas unidades. Conforme a Portaria GM/MS 336 (Brasil, 2002) os CAPS se diferenciam, ainda em CAPS I para municípios entre 20 e 70 mil habitantes, CAPS II para municípios com entre 70 e 200 mil habitantes e horário de funcionamento que pode ser estendido até as 21h, e CAPS III para municípios com mais de 200 mil habitantes e com funcionamento 24horas.

trajetória de implantação de nosso equipamento foi protagonizada por trabalhadores da saúde mental que tinham trajetórias de militância e que nortearam os passos para estruturar este CAPS, alicerçadas nas acima citadas políticas públicas, bem como, em suas próprias experiências de militância. Desta maneira, Gerente e Supervisora Institucional traziam histórias participativas e carregadas dos valores da luta antimanicomial e se encarregaram de transmitir esses valores, assegurando que não houvesse distanciamento do projeto de CAPS arquitetado e idealizado pelos trabalhadores e legisladores de Saúde Mental alinhados com esta proposta de funcionamento.

Embora muitos de nós não tivéssemos experiência anterior ou mesmo profundo conhecimento sobre as políticas e ideologias que norteiam os CAPS, os processos formativos orientaram-nos à lógica das referidas ideologias e leis que orientam a saúde mental e estruturação dos serviços substitutivos. Muitas discussões provocadas, sobretudo por esta Gerência e Supervisão, adequaram os procedimentos e organização do serviço; Embora tenha havido algumas modificações estruturais e gerenciais deste CAPSij ao longo destes sete anos, as premissas básicas estão mantidas.

Neste processo de instrução e qualificação da equipe, os primeiros dias dirigiram-se à apresentação do território em concomitante processo de discussão. Sobretudo, em minhas lembranças, ficou marcado o resgate histórico e embasamento realizado a partir de Amarante (1995), que nos foi apresentado mediante histórico de denúncias protagonizadas por Trabalhadores ao longo de 1978 e 1980, que testemunharam situações de barbárie, maus tratos e abandono dos pacientes portadores de transtorno mental, mas também, reivindicavam olhar sobre as péssimas condições de trabalho a que estavam submetidos.

Discussões como essas foram importantes para alicerçar o projeto de CAPSij e também para alinhar as condutas para construção de um projeto do campo da Saúde Mental. Almejava com isso distanciar e evitar reincidências de tais barbáries ocorridas em outros momentos da história da Psiquiatria e Saúde Mental. Concomitante a apropriação crítica do que trata ser trabalhador de Saúde Mental. Visava ainda, participar de apropriação e construção de modelo de rede de cuidados substitutiva e das limitações e desafios deste modelo escolhido e em processo de implantação e ajustes.

Partindo da consciência de que estava sendo assumido um território extenso e defasado de serviços de todas as ordens, e também dos discursos dos profissionais com quem houve contato no território, inferiu-se que muitas situações de sofrimento mental e saúde em geral sequer haviam sido detectadas, que dirá terem alcançado qualquer linha de cuidado, conforme descrição já efetuada das características territoriais e da pobreza de recursos de todas as ordens. Como compreender isso?

Ora, penso que, num contexto de tal vulnerabilidade destacada, sobressaltasse como políticas e olhares para esta população são escassos e de cunho generalizante. Desta forma, as singularidades e peculiaridades das minorias foram subjugadas. Lembro-me das discussões feitas na faculdade por volta do ano de 2005. Havia um acento acerca da premente necessidade da implantação de equipamentos de saúde, educação e outras políticas públicas que pudessem assessorar esta população. Por outro viés, o subsídio governamental poderia endossar apoio para esta ocupação ilegal do território, raciocínio que retardou na chegada de equipamentos e intervenção, o que se constatou inevitável ao longo desses anos.

Desta forma, a equipe realizou seu próprio processo de apropriação do que se constituiria no CAPSij, ainda sem o prédio onde seria alocado. As primeiras demandas foram trazidas nos primeiros dias, ainda no processo de capacitação pela interlocução. Tratavam de responder a ofícios judiciais exigindo busca ativa e intervenções. Talvez valha a pena registrar e recordar algumas das situações que marcam essa situação de precariedade e modos como os serviços se deparam com o território.

Por esta razão, iniciaram-se os primeiros cuidados e aproximação com essas demandas trazidas mediante visitas domiciliares, por não estar disponível ainda o prédio do CAPSij. Foram encontrados alguns usuários em crítica situação de sofrimento psíquico, dentre estes, um adulto que estava acorrentado por sua família com queixa de agressividade. Cabe lembrar que não havia sido implantado o CAPS Adulto na região a Capela do Socorro, sendo o CAPS de Parelheiros o equipamento responsável pela retaguarda das demandas dos adultos de ambos os territórios e, portanto, referência para uma demanda extremamente superior à prevista pela política ministerial.

Outra situação emblemática se referiu a um adolescente com cerca de quatorze anos que vivia em um trecho do território com características rurais. Sua situação foi percebida por profissionais da ESF, que o perceberam vivendo em situação inóspita, sofrendo de deficiência intelectual, sem qualquer estimulação para autocuidado e atividades diárias, sendo visto com caráter animalesco e desumano. Assim, sua família o colocou em uma coleira e mantinha seu espaço de circulação restrito por uma corrente fixada por buracos efetuados na parede; sua refeição era ofertada em utensílio posto no chão. Tal situação careceu de muita articulação da rede e intervenções intensivas no domicílio e com a família.

Lembro-me, ainda, que com poucos dias instalados no prédio, onde até hoje se situa o CAPSij, houve uma situação bastante inusitada. Trata-se de uma instalação em um terreno grande com área de jardim e árvores frutíferas. E neste cenário um garoto, na época com 14 anos, veio trazido pelos pais para acolhimento. Em dado momento ele se irritou, saiu da sala de atendimento, foi ao jardim e muniu-se de dúzias de limões, para, em seguida, iniciar ataque contra a equipe. Foi difícil o contorno frente à inexperiência e receio da equipe. No entanto, como neste e outros episódios desta ordem, aproximação e criação de estratégias para contorno terapêutico com segurança e alinhamento de manejos e modos de cuidar foram sendo descobertos.

Embora inexperientes e chocados com o que se mostrava, a equipe foi passando por processos de orientação e qualificação ao longo das intervenções e, dentro de poucos meses já havia segurança e sentimentos de conforto e preparo para discutir, realizar críticas e defender pontos de vista com embasamento. Estes são exemplos do modo como foi efetuado o percurso formativo desta equipe, com tonalidade e valorização das experiências como forma de aproximação e introdução no território da Capela do Socorro, território que, destaque, naquele tempo se mostrava precário e distanciado dos conceitos da Reforma Psiquiátrica, e que colocou a todos da equipe em situações de atendimentos de crianças, adolescentes e até mesmo de população de adultos.

Poucos anos mais tarde, houve a implantação de um CAPS adulto na região da Capela do Socorro, fato que deslocou a retaguarda dos adultos do território, inclusive fortalecendo os cuidados e suporte às famílias de muitos usuários do CAPS ij. Além disso, tornou-se então o equipamento de referência para continuidade do acompanhamento dos usuários do CAPS ij que atingiram maioridade e ou

condição de maturidade emocional ou mesmo de interesses de vida mais condizentes e/ou compatíveis com enquadramentos da vida adulta.

Anterior ao processo de implantação do CAPS ij, já existia instalado um CAPSad, mas se encontrava-se demasiado sobrecarregado pela encarregatura de responder às demandas das regiões de Capela do Socorro e Parelheiros. Devido a esta condição e funcionamento, optaram por evitar o atendimento e circulação de crianças e adolescentes com questões relacionadas ao uso de drogas nas dependências do equipamento. Esta condição descrita se mantém até o presente com amenidade no ano de 2017, por ter sido convertido para a modalidade de CAPSad III, podendo ofertar retaguarda nas 24 horas para os usuários já assistidos por esta equipe.

### 3.2.1 Processo de organização para inserção no território e articulações de rede

Por esses discursos, experimentações práticas e pela necessidade de compreender onde a equipe se inseria, optamos por iniciar trabalhos realizando um processo denominado territorialização<sup>8</sup>. Foi compreendido como estratégia para conhecer as realidades geográficas por um viés cartográfico, que deu a ver as formas de organizações sociais e dos recursos ali estabelecidos.

Desta forma, foram iniciadas visitas ao território, conhecendo as realidades geográficas e cartográficas para aproximação, sobretudo, com as unidades de saúde, escolas e outros equipamentos de interesse, que contaram suas histórias de implantação e seu diagnóstico das relações e organizações vividas ali. A priori, ficou evidente que este território é extenso e com realidades do viver totalmente diversas, descortinando a dimensão das complexidades das demandas apresentadas, caracterizadas por graves sofrimentos psíquicos decorrentes de situações multifatoriais. Fica claro, de antemão, que todos os projetos de cuidados precisam ser meticulosamente articulados com os serviços e setores existentes e implantados no território.

---

<sup>8</sup> Territorialização é um termo usado para os processos de gestão e organização do território, termo bastante utilizado para ordenamento da atenção básica, foi bem descrito nos cadernos ministeriais, e também aparece no trabalho de Saffiotti (2017) bastante citado nesta dissertação. Autores como Monken (2008), Milton Santos (1978), entre outros, são exemplos de quem aborda este tema.

Para responder a essa demanda de trabalho, a equipe foi organizada, de modo a garantir a execução de cuidados e articulações nos territórios, e daqueles atendimentos que necessariamente precisam ocorrer dentro do espaço do CAPSij, a equipe foi submetida a divisão em três miniequipes. Cada miniequipe foi destinada a pensar os cuidados para região de abrangência estipuladas a partir da contagem e distribuição equivalente das UBS'S. Essa divisão ocorreu com propósito de efetivar proximidade com estes equipamentos e outros equivalentes nestes sub-territórios de referência, de modo que fosse possível conhecer o máximo destes e com os quais seria viável articulação.

Embora a proposta objetive construir e articular maximamente as possibilidades de redes, estas articulações privilegiam o contato e alinhamento com equipamentos de saúde. Sobretudo, os de Atenção Básica enquanto eixo articulador e de contato primeiro com as famílias. Por meio de matriciamento<sup>9</sup>, tal qual preconizado, constitui-se espaço de promoção, de discussão, troca de experiências, bem como articulação de saberes e práticas, para assegurar que os projetos terapêuticos fossem o mais responsivos às necessidades dos usuários. Embora, arrazoamos que estas negociações e buscas tal qual processo, permanecem em condição de estabelecimento.

Esta perspectiva de estratégia, sob a ótica do CAPS, parte da discussão com os equipamentos de saúde e objetiva delinear projetos terapêuticos contemplando o acolhimento de situações de demanda e crise na perspectiva de minimizar esses sofrimentos para, em seguida, retomar possibilidades do projeto de cuidado e vida. Considera-se sempre a singularidade de cada indivíduo e sua família, no sentido de delinear cuidados adaptados às condições desta família e dos recursos dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva de articulação, os contatos com os demais equipamentos (educação, cultura, etc), extremamente relevantes para a efetividade da reabilitação psicossocial, encaminham-se na direção da complementariedade do olhar e oferta de recursos de outros campos que não nomeados como da saúde, mas que interferem diretamente nos processos de viver dos indivíduos. Essas articulações visam atender as crianças e adolescentes tanto no sentido de acesso a outras possibilidades de suporte para seu desenvolvimento enquanto ser

---

<sup>9</sup> Pode-se aprofundar nesse tópico a partir da referência ministerial: Guia prático de matriciamento em saúde mental (Brasil, 2011a)



humanos integrais, quanto propiciar acesso à educação, lazer, cultura, projeto de vida, cidadania, inserção e circulação social. Essas discussões anseiam, ainda, por ampliar as compreensões, olhares e representações no que diz respeito aos processos peculiares que afetam e provocam sofrimento e adoecimento psíquico de crianças e adolescentes. Fundamentado nestas articulações é possível encontrar forma e proposição de outros modos de lidar e considerar cada uma dessas situações singulares.

Para exemplificar modos como efetuamos as referidas articulações, aponto algumas problemáticas e dispositivos que desenvolvemos para tentar responder às demandas e ou ausências ou lacunas políticas que interferem diretamente e ilustra situações limitantes, que interferem diretamente nas condições de saúde e saúde mental e que carecem ser observadas para a construção de intervenções e estratégias de cuidado.

Início descrevendo um dispositivo que foi criado para garantir interface e discussão do CAPSi com escolas e órgãos de suporte ao ensino tais como: diretoria regional de ensino que respondem e assessoram as escolas estaduais e o CEFAI<sup>10</sup>, órgão designado para suporte às escolas municipais. A tônica assumida no discurso se apoia nas estratégias da inclusão escolar, embora muitos desafios estejam colocados neste campo para se efetivar a política e as relações neste âmbito, mas, aponta para ainda longo percurso no sentido de modificações culturais e de relações mais justas e igualitárias, não apenas entre os alunos, mas também por parte de todo corpo de trabalhadores da educação.

Muitas são as demandas de sofrimento psíquico decorrente ou descobertas nas relações estabelecidas nas escolas que englobam desde creches até o nível médio. As principais queixas permeiam as dificuldades de aprendizado e relativos aos métodos de ensino vigentes; patologização dos desvios, inaptações e singularidades; bullying e violências no ambiente escolar; relações de poder estabelecidas entre os alunos e as também decorrentes das hierarquias escolares; e conflitos entre as regras estabelecidas nas instituições em contraposição com a cultura e sistema de regras das famílias.

---

<sup>10</sup> CEFAI – Centro de Formação e apoio a inclusão – setor criado para a rede municipal de ensino de São Paulo para ofertar suporte na inclusão escolar de crianças com deficiências e necessidades especiais.

Outra condição que demanda intervenção e ponderação dos serviços, concerne à grande parcela dos usuários assistidos no CAPSij que sofre por questões de privação econômicas. Nesta perspectiva tenho ouvido que é uma preocupação, sobretudo dos adolescentes, com relação ao seu futuro e perspectivas acerca de não haver possibilidades ou vislumbres de projetos de carreira. Muitos destes referem não ter recebido qualquer tipo de preparação para o mundo do trabalho, somado à formação escolar que eles próprios julgam deficitária.

Frente a esta condição a opção que se coloca como possível, factível ou próxima, com frequência, se refere ao tráfico. Esta ocupação se apresenta como condição de admissão sem critérios rígidos de seleção conforme idade, formação ou qualquer outro requisito. Desta forma, o tráfico é democrático e acessível a quase todos, sob promessa, ainda, de bons pagamentos. Destaca-se que, supera, e muito, os valores ofertados em programas de estágio e inserção ao trabalho, como por exemplo, o programa jovem aprendiz.

As possibilidades de articulação para preparo e inserção no mercado de trabalho prioritárias do território ficam a cargo de iniciativa privada e convênios com os projetos privados e ou conveniados. Assim, constituem acesso restrito, seja por critérios de inclusão, seja pela disponibilidade de vagas.

Terceira situação problema, que precisa ser colocada, tange a situação da baixa oferta de recursos e possibilidades para aliviar tensões, fazer laços sociais e acessar lazer ou ócio criativo. Existem algumas iniciativas e projetos voltados para áreas de esporte, lazer e cultura que são agenciadas por ONG'S, buscando suprir ou assegurar um convívio social possível e saudável, dada escassez e falta de estrutura e segurança nas praças e ambientes livres na comunidade para essas interações.

Destaco, sobretudo, que muitas crianças e adolescentes apresentam sofrimentos ou atrasos no desenvolvimento por privação do contato social e espaço para lazer e interação. Fica, deste modo, evidente o lapso de possibilidades, sendo os CJ (centro de juventude), CCA (Centro de Criança e Adolescente), CEU (complexo educacional) e Circo Escola os locais de possível aproximação para convívio e lazer.

Assim, os dispositivos necessários para organizar e garantir o funcionamento mais próximo e coerente com as políticas e compreensões sobre

saúde mental foram sendo pensados a partir desse cenário. Procura-se alinhar os discursos e percorrer esses espaços fazendo parcerias e negociações a fim de permitir o acesso de nossos usuários a essas ofertas, com apoio e sustentação política para que possam ser acolhidos a partir de suas singularidades e dêem continuidade quando de sua inserção.

### 3.2.2 Processo de organização das atividades internas do CAPS

Balizados pelas políticas referidas neste trabalho e baseados nas trocas de experiências com outros CAPS, foram formuladas as rotinas e modos internos de atender aos nossos usuários. Para isso, organizou-se escala de trabalho da equipe priorizando as atividades de Convivência e os Acolhimentos. Em dias dos quais não se esteja fixado em escala, existe margem e possibilidades de manejo para realizar atividades grupais, atendimentos individuais, buscas ativas e atividades territoriais tais como reuniões, fóruns, passeios e festas. Desta maneira, os profissionais, historicamente, possuem certa flexibilidade para manejar suas agendas e responder às demandas não programadas que surgem.

Durante os processos de trabalho, foram sendo feitos experimentos e rearranjos. Houve momentos em que as miniequipes foram dissolvidas e foram criadas duplas para referenciar os matriciamentos; na intenção de implicar toda a equipe no cuidado com o usuário, as discussões de casos eram feitas em reuniões gerais e passagens de plantão. Tais experimentações e rearranjos recentemente culminaram em última mudança, seguindo critérios de reorganização territorial estipulados pela OSS. Houve a criação de dispositivo, denominado “corredor”, que se trata de divisão em 3 microterritórios seguindo a lógica de proximidade e quantidade de unidades básicas. Os corredores foram configurados segundo critérios semelhantes aos que originaram os distritos administrativos, mas, foram identificados com nomenclatura que os distingue, dada a identificação territorial e popularidade entre os habitantes do território. Seus respectivos nomes são: Cidade Dutra, Belmira e Paulo Guilguer, correspondendo às avenidas mais conhecidas e emblemáticas de cada microrregião. Cada Corredor recebe um apoiador, indivíduo

nomeado pela OSS, com função de articular todos os serviços de saúde daquela microrregião e fazendo interface serviços X instituição.

De igual modo, reconstituíram-se as miniequipes no CAPSij para responder a este escopo. Isso ocasionou grande impacto na reorganização das escalas, a mudança de referências de atendimento, demandando bastante energia da equipe para se adequar à radical exigência. Devido a essas mudanças institucionais, não existe mais um núcleo específico para discussões e defesa do campo da Saúde Mental garantido pela OSS.

As orientações de realizar os acolhimentos conforme demanda foram seguidas sem agendamentos ou necessidade de encaminhamentos. Embora não haja um consenso sobre o formato de uma convivência em CAPS Infantil, adotaram-se as linhas que já aplicadas para a população adulta. Ou seja, os encontros acontecem minimamente calculados ou controlados, para que os usuários assistidos tenham autonomia para circular e procurar o serviço à medida que acreditem necessário.

A convivência é um dispositivo pensado para alívio de angústias, contato e trocas sociais e acredita-se que não deve ser um espaço “prescrito”. A aposta é que a disposição de um espaço aberto para procura espontânea possa acalantar a quem sofre em momento oportuno, de modo a produzir situações de conforto e segurança para lidar com a dor. Dessa maneira, espera-se minimizar efeitos de estigma, impactar na procura por serviços de pronto atendimento e internações, além de produzir outras formas e fluxos para o cuidado de saúde mental. Ocorre, no entanto, que as crianças diferem dos adultos em questão de circulação social, pois grande parte delas está inserida em escola. Essa situação já mudaria o caráter de quem efetivamente procuraria este espaço de convívio.

Devido a esta situação, raramente alguém procura espontaneamente este espaço e quando existe essa procura, a convivência acontece, sobretudo, com os profissionais, visto a baixa procura pela comunidade assistida. Desta maneira, a potência do encontro com pares almejados e defendidos para a população adulta acaba por raramente ocorrer espontaneamente para esta população de CAPSij. Outra situação se refere a crianças pequenas e que em geral carecem de supervisão próxima e constante; quando deixadas para circular livremente pelo espaço acabam por colocar-se em risco ou evadir.

## CAPITULO 4 - LEIS E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E CAPS QUE NOS EMBASA

O processo formativo da equipe, que implantou este CAPSij, baseou-se na revisitação da trajetória histórica contada por Amarante (1995), apontando os importantes marcos do percurso do movimento dos trabalhadores de saúde mental que se opuseram ao formato de cuidado denominado manicômio. Este movimento, segundo o autor, foi contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária e culminou em discussões e articulações na busca por mudanças no cenário da saúde e saúde mental. Gradualmente, os movimentos de reforma deixaram de ser exclusivos dos trabalhadores e passou a ser também de interesse da sociedade civil, resultando em lutas e tensões para a extinção de práticas manicomiais.

Um marco essencial para o movimento da luta antimanicomial aconteceu no Congresso de Bauru no ano de 1987 e, entre muitos encaminhamentos, resultou na elaboração de carta como manifesto pela luta antimanicomial. Neste evento foi instituído o dia 18 de maio, batizado como *Dia Nacional da Luta Antimanicomial*. Tal data pretende provocar celebrações do que foi considerado por muitos como conquistas e avanços para as políticas de saúde mental, e também, é uma proposta de revisitação sobre o movimento instaurado para a extinção de instituições e práticas manicomiais,

Nesse congresso, ainda, foram discutidos prováveis caminhos para modelo que superasse os manicômios, culminando na eleição dos CAPS para dispositivo a exercer função na política de atenção substitutiva e que foram designados para realizar os tratamentos de base comunitária.

Os movimentos de reformas foram determinantes para incidir sobre textos de lei e diretrizes das políticas de saúde. Devido a esses movimentos de luta e resistência algumas ações foram consideradas avanços para instituição de Leis e Políticas Públicas. Nesta direção a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001) conhecida no Brasil como “Lei Paulo Delgado” por ter sido o Deputado que acolheu as demandas dos trabalhadores e representando-os, levou ao congresso e, apesar das ressalvas e cortes, foi aprovada. A referida Lei estabeleceu diretrizes para assegurar os direitos legítimos dos portadores de transtorno mental e seus familiares. Ressaltou o caráter de responsabilidade do Estado e da sociedade pela organização e

garantia da inclusão social e tratamento das enfermidades e sofrimentos dessas pessoas.

Esta Lei delinea as características do atendimento e tratamento ao portador de transtorno mental, devendo garantir proteção, sigilo, acesso a informação, assegurando direitos e linhas de cuidado que privilegiem o caráter comunitário. Com este olhar, a Reforma Psiquiátrica propõe reorganização do modelo de atenção psicossocial enquanto possibilidade de humanizar os cuidados em saúde mental, a partir de um reordenamento do cuidado com base territorial. Pretende, deste modo, garantir atenção a quem sofre de transtornos mentais em local próximo a sua residência e que este cuidado seja efetuado livre de estigmas e dentro de um projeto de saúde ampliado.

Na mesma direção, A Portaria GM/MS 336 dispõe e organiza os serviços de saúde mental, estabelecendo os CAPS enquanto dispositivo substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Determina seus critérios de classificação segundo o porte e delinea o formato da assistência e escopo dos atendimentos previstos: atendimentos individuais, grupos, oficinas, visitas domiciliares e outras estratégias de ação para o cuidado em rede (Brasil, 2002).

Portanto, o conjunto dessas leis e portarias visa reformular a atenção em saúde mental e situações de crise, buscando evitar internações e institucionalização. E para os que já estão institucionalizados, abrem possibilidades para serem reinseridos e reabilitados ao convívio social. No entanto, Goffman (2005) adverte sobre outra forma de refletir sobre o ato compreendido como *Reabilitar*, uma vez que pode ser compreendido como uma tentativa de adequação do indivíduo, visando encaixá-lo na sociedade, silenciando, assim, sua singularidade e loucura tal como descrito. Trajano e Silva (2012, p. 23) fazem importante apontamento neste sentido:

A institucionalização da loucura expressa um dos mais completos e sólidos processos de desumanização, pois articula dois modos distintos e complementares de violência: à segregação dos corpos se articula e duplica o processo de exclusão e anulação da subjetividade.

A despeito desta discussão, os CAPS, foram os equipamentos escolhidos para realizar os cuidados substitutivos e são designados como lugar de suporte

para situações de sofrimento e crise em contexto de manejo em liberdade e no interior da comunidade. Em situações de agudização que demande suporte clínico ou de retaguarda de maior complexidade em tese deveriam ser direcionados, sob delicada articulação, para pronto socorros ou internação em hospital geral. Neste viés, os CAPS foram projetados para oferecer suporte e restabelecimento de relações sociais e de cidadania. Espera-se que tenham habilidades de acolhimento e escuta às situações de sofrimento do indivíduo com vistas a auxiliá-lo na lida com seu conflito, alicerçado na formulação de projeto terapêutico que contemple a participação de seus familiares e de sua rede de relações e suportes sociais.

Desse modo, assume papel não apenas de assistência direta, mas de sustentador do discurso que auxilie a restituição dos direitos e circulação social do portador de transtorno mental. “O cuidado, nesse sentido, baseado na função de apoiar aquele sujeito na construção de uma morada possível, que oferte condições para um habitar minimamente seguro e em alguma medida, serenas.” (Saffiotti, 2017, p. 20). Proposto, assim, que serviços de caráter estratégico da rede de atenção psicossocial.

No Manual de CAPS (Brasil, 2004) os centro de atenção psicossociais foram caracterizados como equipamento regulador do território para assuntos relacionados à saúde mental. Mais adiante, a Portaria 3088 /2011, que dispõe da RAPS, trouxe nova discussão acerca da implicação de todos os serviços da rede no cuidado com o portador de transtorno mental. Sublinhado neste momento a importância da atenção básica por seu caráter de proximidade e vínculo com a comunidade e da composição da rede de cuidados (Brasil, 2011b).

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

A referida Portaria acentua a condição dos CAPS enquanto ponto da rede de atenção especializada, porém, o coloca em lugar de resgate de ações coletivas, reafirmando seu caráter de reabilitador das relações sociais e reintegrador do usuário na rede de cuidados do território. Assim, não se encontra mais em posição

central, mas mantém seu status estratégico, tratando de ofertar apoio para estabilidade ou suporte para o manejo da crise do usuário, e tão logo possível, reinseri-lo nos itinerários e projetos terapêuticos da rede de saúde básica:

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (Brasil, 2011b)

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais rede (Brasil, 2011b)

O Conselho Federal de Psicologia (2013) destaca que muito do que acontece nos CAPS é resultado de esforços e empreendimentos decorrentes das experiências dos técnicos, usuários e familiares, porém, pouco cita em referências teóricas, mas faz a seguinte compreensão:

Cabe ainda ao CAPS, a invenção, pretensão que contraria a lógica que o instituiu, contudo, é importante salientar que a clínica antimanicomial não é um fazer eclético, nem tampouco destituído de sentido. Ao contrário, a criação, a invenção desta nova prática de trato e relação com a loucura sustenta-se em princípios éticos claros e definidos. O direito à liberdade, o consentimento com o tratamento, o respeito à cidadania e aos direitos humanos, a participação do usuário no serviço; articulam-se aos conceitos de território, desinstitucionalização, porta aberta, vínculo, trabalho em equipe e em rede. Este conjunto formam os pontos de orientação que organizam e dão sentido ao cuidado nestes lugares.

#### **4.1 Principais Dispositivos para as ações nos CAPS**

Partindo de tais reflexões da Reforma Psiquiátrica e inspirada no modelo de Psiquiatria Democrática italiana, a Política Nacional de Humanização (PNH), pretende reafirmar as propostas do SUS e, de alguma forma, retroalimentar os modos de repensar as condutas e fazer em saúde mental. Trajano e Silva (2012) pontuam que a Reforma Psiquiátrica e a Política de Humanização se encontram na radicalidade ética em defesa da vida, pois, esta radicalidade se expressa pelo reconhecimento da alteridade e direito dos sujeitos. Serve como um alerta contra



toda e qualquer situação de violência que, de acordo com Bezerra (2007), salvaguarda o resgate da dignidade do portador de transtorno mental e baliza os tratamentos e cuidados ofertados a esta população, por meio da desconstrução de estigma, fortalecimento de redes colaborativas e desconstrução das estereotípias da loucura.

Bezerra (2007) aponta que a Política de Humanização rompe com a ideia de abstração e funde a concretude da política através das experiências no campo da saúde, valorizando o cruzamento das subjetividades que são produzidas num verdadeiro encontro. Sendo assim, a Política de Saúde Mental é complementada e vai ao encontro dos preceitos da Política de Humanização, que trata das relações estabelecidas pelos profissionais, instituições e usuários dos serviços de saúde em geral, promovendo estrutura para alcançar as estratégias da Reforma Psiquiátrica, Tendo como proposta provocar mudanças no modelo de gestão, baseia-se na valorização dos sujeitos, considerando a lógica tríplice elaborada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016):

1. Trabalho para e com os outros, devidas relações estabelecidas com os usuários e com/entre outros profissionais.
2. Trabalho que se realiza para si, devidas necessidades de subsistência e concorrentes às necessidades humanas básicas dos próprios profissionais.
3. Trabalho para a instituição por seu caráter de conduzir metas e objetivos.

Nesta abordagem, a PNH provoca vinculação dos sujeitos por meio da corresponsabilidade, atravessada por princípios de transversalidade e indissociabilidade da atenção e da gestão, e ainda, sobre o protagonismo e autonomia dos indivíduos. Demonstra pretensão de qualificar os trabalhadores e modificar o status de precarização do trabalho em ruptura com que nomeia de ideia de fragmentação e desarticulação dos programas (Archanjo; Barros, 2009).

O Ministério da Saúde (2010a; 2010b) frisa que a Política de Humanização possui o conceito de experiência entre humanos, desejando evitar aproximação com ideais de caridade e piedade, ao contrário, qualificando as relações que se estabelecem, dotando-as no campo da saúde do conceito de contatos humanos não idealizados. Constitui-se, para Trajano e Silva (2012), uma Política Transversal instituinte e não instituída.

As diretrizes da PNH, elaboradas pelo Ministério da Saúde (2010a; 2010b; 2016), foram criadas para nortear os trabalhos a partir dos conceitos de Acolhimento, Cogestão, Clínica Ampliada, Valorização do trabalho e trabalhador, Defesa do direito dos usuários, Trabalho em rede, e Fortalecimento da memória do SUS que dá certo. Para os CAPS, estes conceitos são de especial importância, e por isso, foram transpostos para as rotinas enquanto dispositivos<sup>11</sup> e estratégias de cuidado. Acredita-se que esses dispositivos utilizados enquanto discurso tem poder de causar real impacto nas ações e cuidados. Por isso, quando da apresentação do trabalho efetuado nos CAPS as descrições dos seguintes dispositivos: acolhimento, cogestão, clínica ampliada e trabalho em rede são frisados.

#### 4.1.1 Acolhimento

O acolhimento como conceito chave do processo de humanização, se acredita como possibilidade de acesso e do rigor na escuta. Trata-se de procedimento e, sobretudo de atitude. Foi concebido como um dispositivo ético, estético e político<sup>12</sup> por pretender reformular as relações estabelecidas nos serviços de Saúde. Prioriza a escuta e o cuidado centrado no sujeito. Anseia pela superação das práticas e cultura da compreensão de saúde e cuidado como aquelas ofertadas apenas no hospital, pelo médico e por meio da classificação de doenças (Brasil, 2010b). Ferramenta que privilegia a escuta como ferramenta do cuidado para a linguagem e história que se diferencia de procedimentos e técnica.

Com isso, a PNH propõe a reorganização do processo de trabalho evitando filas, ficha e agendamentos, próprios de uma burocracia que dificulta o acesso ao

---

<sup>11</sup> Acolhe-se a definição de Agamben a partir de Foucault de que Dispositivo se refere à série de práticas e de mecanismos (ao mesmo tempo linguísticos, não-linguísticos e técnicos), cujo objetivo é obter um efeito de administrar, governar, controlar e orientar, em um sentido em que se supõe útil, os comportamentos, os gestos e os pensamentos dos homens (Agamben, 2005).

<sup>14</sup> O Ministério da Saúde define ação ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. Ver Ministério da Saúde (2010b).

usuário. A política compreende por acolhimento desde a reformulação do ambiente às atitudes do atendimento. Acredita-se que com um ambiente e recepção confortáveis já é possível intervir na relação de bem-estar e de interação com profissionais.

Com relação ao atendimento propriamente dito é concebido enquanto espaço privilegiado para compreensão das demandas e avaliação de riscos. Partindo dessa escuta, abrem-se caminhos para os devidos encaminhamentos e intervenções.

Deste modo, os acolhimentos são orientados a partir da recepção da demanda espontânea ou encaminhada. O que for produzido por essa escuta norteará o atendimento. Baseado nesta escuta qualificada, garante-se a formação de vínculo e implica na corresponsabilidade para a resolutividade e acompanhamento em saúde (Brasil, 2004; 2010a; 2015).

Este conceito de acolhimento está colocado para todos os serviços de saúde. No entanto, os CAPS aderiram e estenderam o conceito também para os dispositivos: Acolhimento Inicial e Acolhimento Diurno/Noturno (Brasil, 2015).

O Acolhimento Inicial se refere ao primeiro contato com o usuário, caracterizado pelo conceito de porta aberta, ou seja, os usuários terão livre acesso, não carecendo de agendamentos prévios. Tal acesso deve ser garantido em todo o tempo de funcionamento da unidade, sendo que os atendimentos são orientados por premissas de escuta qualificada, vínculo e acesso.

O Acolhimento Diurno/Noturno se refere à hospitalidade durante o período de funcionamento do serviço para usuários já inseridos e com projeto terapêutico. Pode se estender para pernoite em caso de funcionamento 24 horas (Portaria 336/2001). Esse dispositivo pretende auxiliar no resgate de relações interpessoais e apoio até que possa ser restabelecido o convívio comunitário e social. Constitui-se, ainda, como suporte em situações de conflito que poderiam ter outros desdobramentos, mas que, a partir desse acolhimento, poderia ser realizada a redução do dano nas relações (Brasil, 2002).

#### 4.1.2 Clínica ampliada e trabalho em rede

O conceito de Clínica Ampliada propõe transcender o modelo biomédico para compreender o sujeito enquanto ser integral, biológico e social. Cabe à equipe de trabalho contextualizar os processos de vida e existência dos usuários. Desta premissa partem os trabalhos multiprofissional, interdisciplinar e em rede. Neste eixo espera-se que ocorra uma articulação entre os diferentes enfoques e disciplinas, pelo compartilhamento de compreensões e condutas que se materializam no projeto terapêutico, delineado a partir da síntese de singularidades (Brasil, 2010a). Com esta compreensão e execução da Clínica Ampliada, é garantida a integração dialógica entre as distintas especialidades e profissões, ampliando, desta forma, o campo de atuação de todos e qualificando as ações realizadas (Brasil, 2011a).

Este modelo se firma na proposta de equipe referencial de matriciamento, espaço de apropriação coletiva para que ocorra circulação do saber de modo a ampliar as compreensões. As escolhas de intervenções devem ser tomadas alicerçadas na divisão de responsabilidades e implicações na equipe. Por sua vez, o Matriciamento se constitui pela prática de cuidado colaborativo e seus respectivos encaminhamentos; ou seja, referência e contra referência são realizados sob a forma de co-responsabilização. Parte-se do pressuposto de que a atenção básica sempre será a equipe de referência para o usuário e as vias de encaminhamento não desobrigam qualquer serviço do acompanhamento deste (Brasil 2011a).

Nesta lógica, a equipe de referência garante o cuidado longitudinal e a equipe de apoio matricial se coloca na retaguarda e como co-responsável para a construção do projeto terapêutico. São considerados instrumentos para o apoio matricial não apenas as discussões, mas a participação na construção do projeto terapêutico, interconsultas, consultas conjuntas<sup>13</sup>, visitas domiciliares, contato à distância, denominada busca ativa. (Brasil, 2011a; 2015)

---

<sup>13</sup> Diferenciam-se interconsultas das consultas compartilhadas. Entende-se por interconsulta a resolução direta do problema a partir de parecer técnico; e consulta compartilhada como a integração da interconsulta organizando conjuntamente com equipe multiprofissional as estratégias terapêuticas somadas a atividades de capacitação da equipe de saúde.

A lógica matricial pressupõe a integração e participação de redes, sejam elas, rede entre os serviços de saúde ou rede intersetorial, nos casos que demandem articulação com outras áreas e políticas (educação, justiça, serviço social, etc.) ou mesmo na construção de uma rede de apoio social para o indivíduo. Estima que o usuário construa possibilidades de redes de apoio para sua existência, em suas redes comunitárias e humanas, e não necessariamente apenas com instituições.

As Equipes de Referência e Apoio Matricial constituem-se possibilidade de reordenamento de gestão dos serviços de saúde de forma horizontal. Nesse sentido, evitam processos de trabalho fragmentadores e alienantes produzidos pela compartimentalização. (Brasil, 2010b).

#### 4.1.3 Cogestão

Como resultado do processo de democratização do país e estabelecimento do Sistema Único de Saúde, fez-se premente uma ferramenta de controle social, caracterizada pela participação da sociedade civil nos processos de organização, planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços. Respondendo a esta diretriz, foi sancionada a lei 8142 (Brasil, 1990) que operacionaliza a descentralização e responsabilização do Estado em dar provimentos às necessidades da população, mediante ações de controle dos processos políticos e econômicos com participação da sociedade civil. Prevê, portanto, mecanismos de conselhos, conferências e a participação popular e dispositivos que alcancem essas metas, a isso denominando cogestão.

Amarante (1995) aponta para o caráter histórico decorrente do processo de democratização e da cogestão enquanto um novo modelo de gerenciamento descentralizado e dinâmico. Veio superar o modelo de assistência, considerado debilitado e privatizante. Pontua que a nova política de cogestão intenciona dinamizar os serviços públicos e diminuir repasses de verbas para os setores privados.

Portanto, a cogestão é uma concessão a um determinado contexto de trabalho e ao Estado, visando impedir as fragmentações, individualismo,

corporativismo e centralismo gerencial (Passo et al., 2013). Nesta perspectiva, a PNH (Brasil, 2009), lança a cartilha de gestão participativa, intencionando fomentar a participação e construção coletiva a partir de diálogos e interação entre profissionais, população e Estado. O Estado regula as ações de sua responsabilidade através dos contratos de gestão que visam vincular as unidades de saúde às instâncias hierárquicas através da pactuação e revisão periódica de metas.

Do ponto de vista da política, esse contrato nos moldes da PNH propõe ampliar o acesso, a qualificação e humanização do cuidado, promover gestão participativa e aparente valorização do trabalhador, bem como, garantir a sustentabilidade da unidade de saúde. Do ponto de vista do trabalhador, trabalhar é o resultado da interação de elementos paradoxais: uma busca de realizar sentido, mas também é a própria alienação por privar a liberdade e a autonomia dos trabalhadores (Brasil, 2009). A PNH discute um modelo de gestão, considerando como objeto de gestão o trabalho livre e o trabalho de estranhamento enquanto elementos indissociáveis, dados os desafios de inovações para aumentar a capacidade de produzir saúde como a realização dos trabalhadores.

Embora esta modalidade de gestão responda aos interesses da política e do Estado, Amarante (1995) viu nela uma positiva abertura para uma transformação que julga fundamental pela base, destacando eventos significativos ocorridos através de lutas internas, que culminaram em grandes ganhos e potências para os trabalhadores e usuários na saúde e saúde mental. No entanto, alerta que existem linhas de intervenção e de seus perigos.

Uma destas linhas, denominada institucional, diz do campo da intervenção, da participação comunitária e transformação de práticas de assistência que objetivam superar o manicômio, mas que corre o risco de se confundir com o Estado em crenças excessivamente positivas das boas intenções, desviando-se das bandeiras e projetos de origem e melhoria.

A outra linha da qual chama sindical, exerce função de vigilância e luta por melhorias nas condições de trabalho, porém, corre o risco de, no interior da batalha de defesa institucional e de uma sociologização - acreditando que com o fim do autoritarismo finde também os loucos, doentes e as instituições de violência - acabe por desconsiderar a possibilidade de inovações de mecanismos de controle social e de normatização social da saúde.



## **CAPITULO 5 - A TEIA QUE SE MOSTRA**

Após apresentar os percurso de implantação, formação e as linhas de pensamento que embasaram a implantação do CAPSij bem como o projeto institucional de cuidado, acredito que foi possível apresentar de alguma forma aspectos dos quais tornam possíveis imaginar a complexidade e os desafios enfrentamos neste equipamento. Tais questionamentos também estão colocados para o campo da saúde mental e estruturação de todos os CAPS enquanto dispositivo de aplicação da Reforma Psiquiátrica. Proponho reflexão a partir do compartilhamento das experiências que tive e que me faz continuar pensando e construindo esse processo de aprimoramento e percurso profissional como enfermeira de saúde mental da Infância e Juventude.

A relevância deste compartilhamento reside na valorização do discurso do campo da saúde mental, mas, também por trazer à tona elementos do cuidado em CAPS valorizando as particularidades de um CAPSij. A apresentação dos dilemas dos cotidianos de trabalho na Saúde mental pretende-se pré-texto para provocar movimento e ressignificar os modos de compreender e construir o campo da saúde mental e saúde em geral.

### **5.1 Políticas de saúde mental e implantação dos CAPS: o que cabe ao estado e aos cidadãos?**

Segundo Saffiotti (2017), os CAPS, que tem por pressuposto a tarefa de transformar as relações da loucura com a sociedade, foram escolhidos pela política governamental como eixo de realização da reforma psiquiátrica. Apoia-se numa clínica baseada na experiência e que, por essa razão, permanece em constante desenvolvimento e construção e são resultado de intenso emprego de energias dos trabalhadores e demais envolvidos para identificar barreiras da assistência e alcançar modificação das políticas.

Por tal raciocínio as políticas de saúde mental e suas instituições correlatas foram concebidas para responder as demandas emergentes de cuidado. Porém, elas mesmas se apresentam problemáticas e causadoras de conflitos por suas



compreensões e prescrições que atravessam as relações cotidianas e organizações dos processos de trabalho.

A política ministerial está alicerçada na lógica da desinstitucionalização que parte do fechamento gradual de hospitais psiquiátricos com a implantação de serviços substitutivos nos territórios, apoiados pela expansão da retaguarda de hospitais gerais e prontos socorros com leitos de psiquiatria. No entanto, as políticas de Estado e Município frequentemente estabelecem raciocínios opostos à proposição ministerial, elaborando programas e linhas de cuidado que resistem à implantação e efetivação da rede substitutiva proposta.

Outro exemplo de conduções ambíguas são as parcerias com entidades da sociedade civil, instituições filantrópicas e privadas, bem como mídias, que possuem interesses e compreensões acerca do cuidado em Saúde Mental, também não conversando com a proposta ministerial e de Reforma Psiquiátrica que, de acordo com a percepção do CREMESP (São Paulo (Estado), 2010) não se efetiva o projeto de rede substitutiva por não ter sido plenamente implantada. O referido órgão aponta que essa defasagem implica em maiores desafios e complexidades para lidar com os sofrimentos e situações que se apresentam.

Nesta compreensão, evidencia-se que conflitos ideológicos e de aplicação política interferem diretamente nas ações dos CAPS, causando tensões e sobrecarga pela grande necessidade no emprego de energia dos profissionais para realizar ações de educação em saúde e constituir a clínica. Em meu diário reflito essa situação:

*Devido a esses impasses não se efetivam os investimentos para implantação da rede substitutiva. Foram diminuídos os leitos em hospital psiquiátrico, no entanto, não houve expansão de retaguarda em pronto-socorros e hospitais gerais. Gerando em situações de crise ou agudização de sofrimento que justifique pronto atendimento ou leito de observação, grande dispêndio de energia e stress tanto para o profissional quanto para as famílias para tal articulação e garantia de atendimento. Quase não existem CAPS III e os que existem ficam muito distantes, subvertendo o escopo do acolhimento às situações de sofrimento ou conflitos. Estes poderiam ser mediados antes que provocassem maiores situações e desdobramentos.*

Os desalinhamentos entre as políticas e as ofertas de serviços e cuidados no campo da saúde mental interferem nas compreensões dos usuários sobre o

modo de funcionar do CAPS e sua cultura organizacional, prejudica o entendimento deles sobre as escolhas e linhas de cuidado assumidas pela instituição. Atravessamentos desta ordem impactam diretamente nos trabalhos dos CAPS, pelas tendências de mudanças de estrutura e caráter deste trabalho que variam dependendo das compreensões de governo. Tal situação de atravessamentos também é expressa por um trabalhador de CAPS (Fernando) em fala para Saffiotti (2017 p. 101):

[...] É bem difícil você conseguir estar num lugar e trabalhar para serviços que pensam diferente, de formas diferentes e dividem o mesmo lugar. Você tem de um lado quem quer que internar, e tem a gente na outra linha, que quer um atendimento em que a pessoa continue ainda na sociedade normal.

Por conseguinte, fica subentendido que o trabalho dos CAPS não é apenas estratégico no sentido de construção de assistência, mas, principalmente, enquanto trabalho eminentemente político. Passa pelos cuidados de saúde mental: a defesa da cidadania, da circulação e inclusão social do portador de sofrimento psíquico, os cuidados territoriais e comunitários, a dignidade, bem como a elaboração de um cuidado construído no encontro com cada usuário. O Conselho Federal de Psicologia (2013) reafirma que “CAPS são um destes serviços, uma dupla missão: a de serem lugares de cuidado, sociabilidade e convívio da cidade com a loucura que a habita”.

Em vista disso, o trabalho dos CAPS se constitui complexo e abrangente, sobretudo pela proposta de romper com os paradigmas propostos e buscando alinhamento com a cultura antimanicomial. Significa que trabalhar em CAPS remete ao questionamento de todas as formas de organizações e instituições existentes - inclusive a própria - na tentativa de continuamente se reconstituir, reinventar e abrir possibilidades para novas e muitas outras formas de funcionar.

Visando compreender o sentido de instituição, valho-me do conceito adotado por Bleger (2003, p. 114):

com significados muito diferentes; aqui recorrerei a duas acepções, entre as muitas possíveis, que desejo esclarecer: utilizarei a palavra instituição como o conjunto de normas e padrões e atividades agrupadas em torno de valores e funções sociais. Embora instituição também se defina como organização, no sentido de uma distribuição hierárquica de funções que se realizam geralmente dentro de um edifício, área ou espaço delimitado.

Por esta compreensão, o CAPS embora instituição, se propõe a questionar todas as formadas de instituições - inclusive ela mesma - configurando assim um paradoxo do próprio existir. Essas e outras questões que fundam e fundamentam os CAPS, passam a todo o momento pelos trabalhadores e usuários deste serviço, pela constante dialética de precisar se organizar e fazer intervenções técnicas para ofertar suporte a quem sofre e evitar atravessar-lhes a subjetividade e autonomia.

É constante o desafio de reinvenção e arquitetura do trabalho, visto que com frequência há confusão e impasses sobre como organizar a assistência e as rotinas de cuidado, não desobedecendo às determinações das esferas hierárquicas, normas e protocolos que muitas vezes se apresentam, como disse Saffiotti (2017, p. 189) “alheios e distantes das necessidades do público atendido”. Tal crítica também surge em falas de outros trabalhadores de CAPS (Roberta e Daniela), nesse mesmo estudo citado:

[...] A gente tem que acatar, mas a gente que conhece como é que funciona o serviço. A gente nunca é consultado [...]

Daniela

E que não tem a ver com a política. Tem a ver com outras políticas, com outras coisas ocultas que acontecem que a gente não sabe [...]

Roberta

Reflieto, de igual modo, em meu diário:

*muitas vezes quando discutimos os limites de nosso fazer (até onde ir/fazer? Qual nosso papel?) uma angústia toma conta parecendo que não há sentido no que se faz [...], devida condição de não construção conjunta do cuidado a ser desenvolvido, mas pelo atravessamento que nos aparenta descabido e sem sentido.*

Expresso com isso que, frequentemente, as esferas judiciais, órgãos de ouvidoria, coordenadoria, supervisão e outras instâncias afins, determinam sobre os atendimentos, exigindo avaliações e laudos, inclusive definindo previamente acerca de prazos e condutas que devem ser realizadas nos CAPS. Tais situações forjam pressão constante para formulação de agenda que designe as atividades a serem realizadas, contemplando justificativa da carga horária de trabalho e por onde se possa presumir e tracejar o que acontece no espaço (à distância),

impactando nas rotinas sem proximidade com as ações do cotidiano de trabalho das equipes.

Reiteradas deliberações das Coordenadorias e STS, e demais órgão já citados, constituem novas políticas e ações que incessantemente se colocam como prioridades à revelia da avaliação dos serviços. Não raro, sua relevância não se apresenta, ou quando de sua relevância, não seria prioridade em relação às demandas reconhecidas na realidade do território.

Essas e outras reflexões do cotidiano revelam impasses que provocam sofrimento e dúvidas. Em certas situações as equipes são pressionadas para tomada de decisões e ações para as quais não há segurança ou concordância para serem efetuadas assim de supetão. Submetidos por pressões desta ordem, no momento de avaliar os resultados frequentemente se conclui que poderia ter havido discussão aprofundada e propositiva de intervenções com maior efetividade, ou mesmo, decidir por recuar das intervenções em certas circunstâncias. Demandas com anseios de emergência são constantes, provenientes de pedidos de famílias, instituições de saúde e outras instituições, sobretudo as jurídicas, conforme discuto no meu diário:

*Há uma pressão por realizar atividades e ‘resolver’ questões a nós demandadas. Em dados momentos nos deparamos com a impossibilidade de realizar, e somos surpreendidos por: nada! Não acontece absolutamente nada! Muitas vezes a nossa NÃO ação NÃO impacta verdadeiramente na vida das pessoas. Às vezes as situações permanecem como estão... Sem agravamento! [...] Ou as pessoas encontram suas saídas sem que houvéssemos proposto qualquer intervenção.*

Repetidamente esses questionamentos clínicos provocam difícil posição de escolher que caminho adotar, gerando sentimentos de impotência e falta de sentido para os profissionais. E este sentido apenas se recobra quando se consegue perceber que as ações alcançam rumo terapêutico e adequado às necessidades do indivíduo e não mero atravessamento por demandas alheias a eles, como lembro em trecho do meu diário:

*Muitas vezes quando discutimos os limites de nosso fazer (até onde ir/ fazer? Qual nosso papel?) uma angústia toma conta*

*parecendo que não há sentido no que se faz, mas de repente alguém (paciente, etc) aparece dizendo do quanto foi importante ter sido provocado, apoiado e da diferença que nosso fazer provocou em sua vida parece que aí o sentido reaparece.*

Não se pode negar que as experiências no trabalho atravessam os profissionais que sentem no seu corpo as sensações de prazer e desprazer, felicidade e sofrimento nas ações e contatos do cotidiano, como discutido por Scarcelli (2016, p. 179): “Tanto a experiência de resistência ao mundo quanto a intuição da solução prático-técnica e a experimentação de respostas ao real são, de início, vividas corporalmente, pois não existe sofrimento sem corpo para experimentá-lo; mesmo o trabalho intelectual não se reduz a uma pura cognição”.

Por isso, enfatizo sobre situações que provocam tensão constante e inegável sofrimento, visto que as demandas são incansáveis e as pressões para que se dêem respostas provem de todas as direções, inclusive internamente e relacionadas às escolhas e objetivos dos próprios profissionais. Devido à força política, essas deliberações são sobrepostas às avaliações dos profissionais, conduzindo a processos de alienação e sofrimento, conforme discussão sobre uma das experiências em equipe no trabalho mencionada por Saffiotti (2017, p. 22):

*Esta instituição foi tantas vezes atravessada por mudanças alheias às demandas dos sujeitos atendidos que, ao mesmo tempo em que se distanciou do projeto original, não se apropriou das mudanças que foram acontecendo na saúde mental [...].*

Trago este apontamento com reflexão e preocupação sobre a qualidade do trabalho efetuado e cuidado oferecido. Processos de alienação desta ordem interferem diretamente na forma de atender as pessoas, prejudicando a maneira de realizar contatos, acolhimentos e nas formas de ler e trabalhar os aspectos de sofrimento dos usuários nos serviços de saúde. Um trabalhador que sofre tem prejudicada sua capacidade de se apropriar das discussões e tendências do seu campo de atuação. Destaco essa condição em meu diário:

*... Minhas angústias [ouso dizer nossas - equipe] em relação ao trabalho se dá pela necessidade de resposta e produção do que acreditamos ser o cuidado sem antes mesmo ter planejado, pensado sobre as nossas ações.*

A sobrecarga colocada pela necessidade de responder a tantas demandas, que atravessam sem a condição de refletir e construir linha de raciocínio que faça sentido para a construção das ações de cuidado gera certo automatismo e interferem diretamente na formulação e restringe as ações do cuidado. Saffiotti (2017, p. 11) apresenta como tais situações vividas pelos trabalhadores o conduziram a pesquisar e refletir.

O elevado número de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, bem como o de usuários atendidos, dificultava a construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS) / “Outra consequência dessa sobrecarga de trabalho era a dificuldade de construir ações fora do CAPS” (fala de trabalhador).

A necessidade colocada de corresponder às demandas organizacionais e institucionais e ainda produzir cuidado pode ocasionar situações de trabalho com características automáticas e pouco refletidas, conseqüentemente produzindo a diminuição da capacidade de planejamento, autonomia, precarização de vínculos e diminuição da capacidade de gestão. Ocasionalmente medo e insegurança.

Scarcelli (2017)<sup>14</sup> ressalta que as instituições são importantes por possuírem uma função organizadora (informação verbal). Aponta que a sua quebra produz ansiedade, no entanto, a sua permanência provoca cristalização. É, portanto, imprescindível renovar-se constantemente, porém, é necessário considerar que tais situações de exigências podem acarretar uma sobrecarga aos profissionais, devido à carga cognitiva decorrente de incertezas sobre o que os espera, e concomitante necessidade de responder a essa demanda não sabida. Ao mesmo tempo, soma-se também a carga afetiva, devido aos sentimentos de dúvida, insegurança e frustrações.

Nesse sentido, este é um trabalho que exige disponibilidade e abertura ao inesperado, como já ponderado por Déjours (2004), que define o trabalho como

---

<sup>14</sup> Aula ministrada no Instituto de Psicologia da USP EM 16 de maio de 2017.

tudo aquilo que não está prescrito, porque não é o prescrito que realiza o trabalho, mas a ação real do trabalhador. Mais adiante adverte que a distância entre o que está previsto e aquilo que realmente se pode realizar pode provocar afetos desagradáveis tais como sentimentos de fracasso, impotência, irritação, decepção, impactando diretamente no rendimento deste trabalhador. Tais sentimentos se aproximam com o registro de experiência de Saffiotti (2017, p. 5): “Logo a empolgação pela oportunidade de produzir mudanças no cuidado oferecido foi se transformando em frustração pela sensação de impotência frente à inércia institucional”.

O autor faz referência às experiências de resistência e desgaste dos profissionais ao se deparar com percepção de que não conseguirão fazer aquilo que acreditam. São então tomados por sentimentos de insatisfação, tristeza e impotência, que podem ser compreendidos como sintomas da perda do papel de protagonistas como trabalhadores, bem como perda da construção coletiva e da desvirtuação dos objetivos de criação da instituição. Porém nada tem a ver com atualização dos objetivos a partir do acúmulo de experiências adquiridas nos serviços substitutivos.

Nesse sentido a maneira apontada como condição de reinvenção e resistência é através da mobilização social e outras possibilidades de construção e organização social que pode evitar a paralisia institucional e abrir possibilidades para uma ação **instituinte** e efetiva nos serviços de saúde mental. É essencial cuidar e (re)pensar para evitar ações automáticas e padronizadas, pois, o encadeamento de ações sem as devidas reflexões conduz ao distanciamento intelectual e a perda da qualidade das relações humanas produzidas nos atendimentos de saúde.

É nessa direção que a perda das reflexões acerca da Saúde Mental – área que se qualifica pelo caráter de abstração e se realiza no encontro entre humanos alicerçados nos discursos da Reforma Psiquiátrica e ideais de liberdade – é, sobretudo, contrassenso e devastadora. O automatismo pode facilmente se instalar, torna-se passível a ceder a práticas de controle e com características manicomiais, reinstalando sofrimentos e retornando aos moldes de cuidado dos quais desejamos nos afastar, produzindo dupla alienação: dos pacientes e dos profissionais envolvidos no cuidar. Saffiotti (2017, p. 10) encaminha essa reflexão sobre o distanciamento reflexivo e cristalização do trabalho, demonstrando em sua

experiência um exemplo de como o trabalho pode se engessar e adquirir características manicomiais sorrateiramente, como se verifica no trecho:

[...] Assim, a ideia de um trabalho ‘de acordo com a reforma psiquiátrica’ emerge como um discurso sem uma problematização mais ampla das inúmeras vertentes e da heterogeneidade do próprio processo de Reforma Psiquiátrica”, tornando-se sinônimo de um trabalho ‘correto’, ‘eficiente’ ou ‘verdadeiro’.

Inconsistências e incompreensões desta ordem, culminam em conflitos nas relações de equipe, podendo causar impacto direto nos processos de assistência e levando a certa naturalização de funcionamentos com práticas desumanas, violentas e iatrogênicas. Nessa direção, Bleger (2003) apontou que toda instituição tende a se tornar aquilo que combate e, de alguma forma, acredita-se que as instituições de saúde tendem a adoecer. Assim, os sofrimentos e adoecimentos dos profissionais não são mero acaso de sua individualidade, mas podem ser respostas e produções decorrentes dos processos ocorridos no trabalho.

Por outro lado, há os posicionamentos e ideologias adotadas nas instituições que precisam ser constantemente refletidos. Na ausência de reflexão sobre o que se constitui pelo processo de Reforma Psiquiátrica, pode ser instalada aversão ou defesa intransigente a ela no campo da saúde mental, decorrente da falta de crítica do que se trata de um modelo em constante construção e que demanda novos caminhos e reformulações.

Neste raciocínio, Saffiotti (2017, p.7) compartilha sua experiência sobre situação na qual, obscurecidos pelos sofrimentos presenciados na instituição, os trabalhadores não conseguiam enxergar saídas de cuidado tendendo a solicitar retorno dos moldes anteriores e negação da Reforma Psiquiátrica que justamente foi constituída para inibir esses abusos:

[...] Eles tendiam a culpar genericamente “a reforma psiquiátrica” (...) que coibiria estes abusos e melhoraria a situação precária em que viviam muitos asilados, sem questionar o modelo biomédico e suas consequências

Por sua vez, o oposto pode tanger à adesão incondicional aos moldes político-institucionais estabelecidos em nome da Reforma, mas sem a devida



reflexão, partindo de sua defesa intransigente enquanto ideologia irrefletida. Acolhemos para esta discussão a noção de Ideologia enquanto sistema de representações e pensamento com grande carga emocional. Semelhante a algo de religioso com figura de racional, como apontado por Scarcelli (2017)<sup>15</sup> (informação verbal).

Nesta perspectiva, mobilizações, tais como marcha do dia da luta antimanicomial, entre outros movimentos e protestos em defesa da saúde mental, muitas vezes são motivados por emoções e movimentos alheios às discussões ocorridas no serviço, dadas as raras participações nas discussões e problematizações envolvendo usuários e seus cuidadores. Muitas dessas mobilizações acontecem impulsionadas pelos profissionais, frequentemente provocados por movimentos e momentos de constrangimento e choque, tais como percepção de riscos e retrocessos das políticas e concepções, ou respostas puramente a calendário de forma burocrática.

Diversas vezes durante nas minhas experiências da prática, senti-me participando de ações e movimentos que foram, de alguma forma, colocados como pauta e com os quais não havíamos efetuado discussão e compreensão de como os usuários de fato se identificavam e observei que em muitos momentos trabalhávamos como mera satisfação de compromissos e obrigações institucionais. Assim descrevo em trecho do meu diário: *“produzindo discursos da mesma forma como se produz qualquer outra coisa dentro deste sistema”*.

Destaco a gravidade e seriedade da perda do discurso e das discussões, pois, enquanto processo político, as lutas e resistências produzem reflexo nas compreensões e destinos de cuidados e pactuações, delineando os caminhos e moldes de efetivar a política de Saúde Mental, que irão interferir diretamente no modo de produzir o cuidado da pessoa. Dessa forma, há riscos tanto na defesa irracional de ideologia, que se proponha prescritiva e encerrada em si, pois não abre caminho ao novo, quanto do não posicionamento, pois o não se posicionar abre espaço para que outros posicionamentos se instaurem e tragam situações de retrocessos. Paralelo atual deste conflito, diz respeito ao modelo centrado em pactuação de leitos em hospitais psiquiátricos, o que poderia parecer oposição à compreensão antimanicomial que luta pela sua extinção e superação. No entanto,

---

<sup>15</sup> Aula ministrada na IPUSP por Scarcelli em 18 de abril de 2017.

o que temos presenciado é forte tensão para aumentar a repactuação nos moldes manicomiais.

Nesta perspectiva, trazer à tona os discursos e ideologias para serem discutidos coletivamente favoreceria a tomada de consciência e engajamento dos trabalhadores, sociedade civil e Estado para compreensão do que se trata a assunção de um ou outro modelo de atenção na saúde mental. Ao mesmo tempo, colaboraria, também, para a construção de representações da loucura e das práticas de cuidado a serem adotadas e que formularão as noções de projeto de vida e de mundo que almejamos. Desta forma, refletir a respeito de práticas antimanicomiais diz respeito não apenas a extrapolar os limites de fechamento de leitos para não mais efetuar convênios nessa direção, fundamentalmente pode representar discussão acerca do que é o cuidado e o ser humano, livre, respeitado em sua singularidade no contexto da cidade.

## **5.2 Desafios da própria clínica e discurso**

Outra discussão importante se refere ao campo da Clínica e das organizações dos CAPS. Produto das formulações de ideologias, políticas e compreensões acerca do campo da saúde são guiadas as práticas e os conceitos do que se considera patologia e do lugar que cabe ao profissional. Por isso, as ações de cuidado são impactadas diretamente pelas ações que incidem sobre as equipes. Desta forma, o trabalho nos CAPS é atravessado por entraves e desafios de formulação das políticas e do alicerce da instituição, e também pela controvérsia dos critérios de inclusão ou não de usuários no serviço, sobretudo, levando em consideração as distinções de compreensão dos raciocínios clínicos e psicopatológicos que contrapõe a compreensão de cuidado.

A discussão sobre compreensões dos conceitos de normalidade e patologia são diversas e desafiam os profissionais no ato de distinguir alterações de comportamento que podem ser lidas de diferentes posições. Em algumas ocasiões, podem ser interpretadas como defesas e respostas aos sofrimentos cotidianos, em

contraposição àquelas situações que invariavelmente poderiam cursar para alterações psicopatológicas.

Rotelli<sup>16</sup> (1990) considera que o mal obscuro da Psiquiatria reside na criação de instituições que separam o que denomina por objeto fictício a doença da existência, acreditando que só é possível desconstruir esse objeto a partir de uma clínica que priorize as questões relativas à clínica e não à doença. Nesta mesma direção, Soalheiro e Mota (2014) frisam que não se trata de negar o adoecimento, mas de tratar da complexidade das experiências de sofrimento e adoecimento psíquico e do caráter refratário aos enquadres e classificações.

Desta discussão surgem os questionamentos à adoção de instrumentos de diagnósticos e sistemas de classificação das doenças e se as utilizarmos, em que medida as utilizaremos? Há sempre presente o limiar do equívoco de se adotarem as classificações como instrumento que facilmente substitua o exercício clínico da escuta do paciente e da análise das particularidades de cada caso. Fuganti (2009, p. 669) discute que “Muitas vezes se diagnosticam como doença zonas de experiência povoadas de elementos inauditos, desqualificando-as”. Portanto, como afirma Saffiotti (2017) dada a singularidade da vida de cada pessoa, os projetos terapêuticos precisam ser construídos a partir de escuta delicada e artesanal.

Birman e Costa (1994) e Amarante (1995) criticam a suposta nova epistemologia da medicina que se propõe a definir o que é saúde mental e não mais atua sobre a “doença mental”. Essa reflexão leva a crer que o enquadramento e suposição de delimitar o que trata de saúde mental sujeitam as respostas do cotidiano e experiências da vida comum a um olhar patologizante, ou seja, compreendendo as formas de manifestação da vida comum que desviam da norma como de natureza patológica.

Essa forma interpretativa, há muito apontada como perigosa, pode provocar a exclusão das pessoas em sofrimento das possibilidades de liberdade e circulação. Por isso me preocupo e trago como questão o estigma e a cautela que se deve ter ao considerar pela inclusão e tratamento de pessoas em serviços de saúde mental, conforme trecho de meu diário de bordo:

*Não podemos negar que embora tenha havido alguns avanços no sentido das políticas de saúde mental e inclusão do portador*

---

<sup>16</sup> Rotelli F. A instituição inventada.

*de transtorno mental, ainda existe uma representação cultural negativa bastante acentuada em torno das pessoas que sofrem psiquicamente. Sendo também esta uma preocupação de relevância para a construção de projetos terapêuticos e raciocínios clínicos acerca da inserção ou não dos cuidados dos indivíduos nos CAPS, devendo ser considerados os benefícios e iatrogenias decorrentes desta inserção.*

Nesta linha das representações sociais acerca das expectativas do papel dos serviços e profissionais, existe imprecisão de posicionamentos para estabelecer o contato com usuários e suas famílias. O pedido das pessoas que buscam atendimentos em Saúde Mental é da oferta de cuidado que lhes traga respostas concretas. No entanto, as linhas de cuidado atuais apontam para a ineficácia de prescrições e de determinações de padrões de comportamento e hábitos aos usuários, que pouco contribuem para mudanças de estilo de vida destes.

Os pressupostos clínicos dos CAPS assentam-se na construção de projetos terapêuticos elaborados conjuntamente COM os demandantes, pelo compartilhamento de saberes profissionais para que, deste modo, ELES façam escolhas no sentido de fortalecimento de autonomia, autocuidado e protagonismo em suas histórias.

Os CAPS, desde sua concepção, foram arquitetados para se posicionar enquanto serviços substitutivos. Sua proposta é de cuidado, acolhimento, convívio e, sobretudo apoio às situações de crise. O cuidado na crise, em alguns momentos pode ser compreendido pelo emprestar desejos, ou mesmo, assumir certas responsabilidades e cuidados para alívio de tensões, até que sejam restabelecidos controle e autonomia do usuário e família. Entretanto, por efeito colateral, em situações de extrema fragilidade, ocorrem episódios de usuários que após o contato com essa forma de cuidado, resistem em retomar as rédeas de suas vidas apresentando comportamentos de dependência e identificação com discursos de acusação de descaso por parte da equipe. São frequentes ameaças de realizar ouvidorias e denúncias quando se defrontam com limites e retirada da “tutela”, o que ocasiona conflitos e tensões na relação.

Acredito que essas tensões são ocasionadas nas ações cotidianas dos serviços frente ao cuidado de pessoas fragilizadas que trazem seus problemas

almejando que sejam solucionados pelos profissionais, depositando a responsabilidade a estes em trazer-lhes o bem-estar de qualquer forma. Lembro em trecho do meu diário:

*[...] qualquer apontamento vindo de profissional é recebido de forma muito aberta [...] Entretanto, frente a orientações que pressupõe reposicionamentos ou mudanças em hábitos que impliquem autocuidado lhes cause desconforto, temos que lidar com respostas das mais variadas, que vão desde discursos de desqualificação dos profissionais, acusações de não estarem sendo cuidados ou comportamentos e discursos de menos valia e de dependência de ajuda especializada.*

É uma armadilha colocada aos profissionais e serviços esta crença de controle e determinação sobre os caminhos e respostas no cuidado ao outro. Essas expectativas de onipotência tão logo desencadeiam situações de sofrimento e frustração nos profissionais que se desviam do escopo de atendimento e defrontam com excesso de tarefas e falhas nos resultados esperados

Essas crenças construídas socialmente colocam os serviços na posição de tutela, repousam nos conflitos de interesse e poder e refletem as formas de organizações políticas e sociais. Estes moldes constituídos servem ao Estado no sentido de desresponsabilização deste e culpabilização dos profissionais pelos insucessos e incoerências no cuidado ofertado.

Haja vista discussão de ações que podem causar situações de dependência, exemplifico sobre a função dos dispositivos de Busca Ativa, que, a priori podem constituir possibilidade de acesso e investimento no vínculo, mas que sob determinações institucionais tende a assumir caráter policialesco, com pretensão de submeter o usuário a aderir e corresponder às práticas e orientações dos serviços sob argumentos de penalidades se não houver comparecimentos e não adesão ao tratamento. Esses mecanismos de controle afetam usuários e profissionais, gerando sentimentos de controle, conflito de poder e que interferem diretamente nas representações sociais e expectativas acerca dos serviços de saúde. Colateralmente, provoca olhar de menos valia e desqualificação da ação dos profissionais, que passam a ser vistos como meros prestadores de serviços e,

logo, subvertida a lógica de reabilitadores ou mesmo de quem os auxilia para os processos de autonomia e reflexão para autocuidado.

Este limiar de menos valia e desqualificação está sempre presente pelas relações e conflitos de poder nas relações cotidianas entre humanos. É especialmente delicada esta discussão no trato com crianças e adolescentes, que precisam ser escutados, mas não desconsideradas as configurações familiares e sua cultura. É tênue o limite entre cuidar para libertar e cuidar produzindo tutela, especialmente quando se trata e crianças e adolescentes.

São muitos os desafios para a constituição da clínica da infância e juventude, pois, é desejado que nos espaços de assistência sejam realizadas intervenções e construção dos projetos de cuidado formulados à partir das necessidades e dos desejos das crianças e adolescentes e também de suas famílias, que por vezes não estão alinhadas entre si. Os projetos de cuidados constituídos sob a ótica antimanicomial devem respeitar e considerar a participação e adesão ao acompanhamento. Contudo, intensa inquietude nos toma quando deparamos com situações de violências ou comportamentos compreendidos do ponto de vista técnico e social, como inaceitáveis e carentes de intervenção radical. É delicado o assunto e que requer uma abordagem interdisciplinar e intersetorial para garantia de direitos, mas que não firam os valores de cada família que deve ter seus costumes e crenças respeitados dentro dos limites de sua cultura.

Na busca de solucionar esses impasses a estratégia de trabalho dos CAPS focaliza a provocação e valorização de espaços matriciais intencionando pela troca de saberes e de construção e qualificação dos serviços para assumir os cuidados das pessoas com sofrimento mental. Diante disso, é desafiadora a tarefa de articulação entre serviços, em especial, para situações que demandam intenso debate e construção de raciocínio estratégico que garanta ou aproxime do melhor cuidado possível, preservando princípios de autonomia, protagonismo, cuidado de todos os envolvidos, com um agir isento de julgamentos e dos desejos dos profissionais, mas, um cuidado adequado às construções sociais de aceitabilidade ou não das situações. É tênue o limite entre a invasão e a negligência profissional e por esta razão se faz tão necessária a articulação intersetorial.

Porém, ainda há que se construir uma rede de cuidados que se compreenda complementar e não competitiva. Nas minhas práticas cotidianas, tenho vivenciado situações de melindres entre os serviços que, muito provável, se devem às

imposições de poder em cadeia, que desrespeitam os trabalhadores e os processos de trabalho ou mesmo as especificidades dos diversos equipamentos, gerando deste modo atitudes reacionárias.

Essa cadeia de acontecimentos culmina em prejuízos nas relações e desestabilizam os processos de formação de redes. Ao contrário, as equipes e equipamentos adotam posturas de culpabilização entre si, com justificativa de diferenças de abordagens, financiamento e compreensões das diferentes secretarias na formulação de suas políticas, resultando na segregação e rivalidade que pouco contribui para as práticas intersetoriais.

Colocadas tais defesas do campo, originam-se barreiras para o trabalho conjunto e compartilhado. Para tanto, são alegados limites de atuação e desqualificação ou qualquer outro tipo de discurso que proteja os trabalhadores do excesso de responsabilização ou de culpabilização, assim retardando articulações que poderiam desdobrar em melhoria da atenção e assistência ofertados.

Presencio, no campo da saúde mental, discursos, expressos pelos diversos serviços que compõe a rede, vinculados à saúde ou outros setores como educação, assistência social, etc., de não se sentirem qualificados para atender usuários com histórias ou demandas de saúde mental e/ou de queixas de sobrecarga de tarefas. Há referência da pouca disponibilidade de tempo para assistência e escuta atenta, em virtude da maneira como estão politicamente estruturados os atendimentos, presumindo, de antemão, duração pré-determinada, além da defasagem de profissionais para atendimentos que demandem disponibilidade. Como resultado dessa situação a tendência é concentrar encaminhamentos para os CAPS, com expectativa do atendimento e responsabilização integral de todo e qualquer usuário com diagnóstico de transtorno mental, mesmo que esta não seja a demanda em tempo, para atendimento neste serviço.

Encaminhamentos descabidos para o CAPS podem também estar atrelados às descrições abrangentes e abstratas dos CAPS, abrindo margem a compreensões diversas. Desta maneira, por ser serviço caracterizado como portas abertas e lugar de reabilitação psicossocial, têm sido compreendidos pelos demais serviços como “o lugar” que deve atender às demandas de todo e qualquer usuário com sofrimento psíquico.

Neste CAPSij, deparamo-nos com muitas demandas que encaminhamos avaliando, possam ser assistidas por Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), Centro Especializado em Reabilitação (CER), UBS e outros equipamentos, mas são constantemente devolvidos e contra referenciados ao CAPS, apontando como de responsabilidade deste serviço abarcar todo o cuidado. Ocorrem, inclusive, conflitos e confusões de papéis, pois, com frequência os usuários são liberados destes serviços orientados de que o CAPS já está trabalhando as mesmas questões que eles poderiam intervir.

Esta situação, que se evidencia neste CAPSij, se assemelha com questionamentos trazidos por Saffiotti (2017 p.186) sobre os CAPS em geral, “qual o lugar do CAPS ocupa no imaginário dos trabalhadores da Saúde em geral? Qual lugar ocupa enquanto serviço substitutivo para a população?”.

Tal abstração conceitual dos CAPS, muitas vezes traz potência e possibilidades, porém, ao mesmo tempo possibilita certa confusão quanto aos escopos dos serviços, impedindo o avanço no sentido da Reabilitação Psicossocial. Contudo, relegar os portadores de transtornos mentais aos cuidados “especializados da psiquiatria” conduz a questionar se tal medida não seria equivalente a manter “práticas manicomiais”?

Esses atravessamentos e dificuldades são apontados por Scarcelli (2017)<sup>17</sup> (informação verbal), como resultado das condições de não estruturação das políticas públicas em saúde e a conseqüente abertura de mais serviços, para fomentando as pontes institucionais entre eles. Isso tem levado a uma precarização do trabalho em rede preconizado nas leis e portarias, pois, esta rede fica restrita apenas ao esforço dos profissionais. Ou seja, permanece repousada nos trabalhadores a responsabilidade de oferecer todo o suporte de que necessitam os usuários como se apenas a estes coubesse o encargo de resolutividade sem os devidos recursos e políticas. Situação também observada por Saffiotti (2017, p. 6):

*“Apesar de muitas tentativas com diversos atores (da assistência social da prefeitura, Secretaria de Cultura, Secretaria da Educação, empresas, UBS da área atendida), eram poucas parcerias contínuas fora do Complexo Hospitalar. Os sucessos foram sempre pontuais, geralmente conseguidos a partir de relacionamentos pessoais dos trabalhadores do hospital, que por meio de amigos ou conhecidos na cidade conseguiam efetivar alguma ponte”*

---

17 Aula ministrada na IPUSP em 30 maio, 2017.



Frente a estas questões podemos compreender porque a rede substitutiva de saúde mental demora em se efetivar por completo. Há que se considerar que essas tensões decorrentes da não complementaridade política e intersetorial demandam tanta energia dos profissionais para constante reorganização, que muitas vezes se distanciam de processos reflexivos e ideológicos que poderiam reconfigurar as compreensões, levando a relações burocratizadas e em disputa de saber.

Tais mecanismos conflitivos tendem a fazer com que os profissionais almejem o retorno de certos moldes institucionais que conforte e abarque seu sofrimento. Pois, muitas vezes, o ambiente de trabalho se torna fatigante, pesado e o clima institucional assume caráter adoecido e de difícil convívio. Retrato em meu diário um episódio desta ordem:

*alguma coisa poderia estar provocando um sofrimento tal e essa noção de que está tudo tão misturado poderia causar em alguém um sentimento de paralisia e dificuldade de ser retirar de tal modo que seria necessário explodir tudo como se não falasse mais do indivíduo, mas da equipe... somos todos nós – lembrei do conceito de uma aula da Henri... todos nós ninguém. O sofrimento de um é causado por todos e é sofrimento de todos... Fiquei assustada com essa constatação.*

Nesta reflexão eu pensava sobre cenas de crise vivenciadas no CAPSP IJ, e em especial este trecho se referiu a situações das quais aparentemente uma apatia generalizada tomava conta do ambiente de trabalho e conseqüentemente todos estavam reativos, irritados e com sentimentos de sofrimento e “pressão” que não se sabia justificar a origem, mas era sentido por todos. Essas respostas de reatividade e um sofrimento que não tem nome é bastante comum e perceptível em núcleos de profissionais de diversas instituições, seja no contato interno, ou mesmo na relação estabelecida com outros serviços. Aqui outro trecho do meu diário retrato sentimentos desta ordem:

*Lembro-me do quanto é comum chegar em serviços de saúde e perceber clima de rivalidade, disputa ou certo distanciamento ou apatia*

A partir destas compreensões remeto-me novamente a momentos de reflexão dos quais relaciono os sofrimentos dos profissionais a uma necessidade de organização e realinhamento de compreensões e repactuações da equipe e não vejo outro caminho senão através de estratégias de capacitação e reflexão como avengei em outros trechos de meu diário:

*encontrar formas de desacelerar, de aprender a compreender/ler os contextos para garantia de nossa própria saúde mental/ trazer reflexões sobre o que é ser trabalhador, em como estar em paz com as escolhas, perceber os atravessamentos institucionais no sentido de reconhecer os limites e encontrar sentidos para continuar fazendo, mas, reconhecendo de modo genuíno para minorar esses sofrimentos.*

## CAPITULO 6 - À GUIA DA MORAL DA HISTÓRIA

O trabalho para Déjours (2004) é um engajamento da personalidade para responder a pressões sociais e materiais no sentido de engajar o corpo e mobilizar a inteligência a partir de reflexões e interpretações para o fazer e saber-fazer. Já Bleger (2003) compreende o trabalho como uma abstração que não cura nem faz adoecer, mas que o que é capaz de enriquecer a personalidade ou adoecer são na verdade os resultados das condições desumanas no ambiente de trabalho devidos aos vínculos e relações que são ali realizadas.

Partindo dessas compreensões e das reflexões de Scarcelli (2017)<sup>18</sup> (informação verbal), importa trazer para a memória os acontecimentos e sentidos para evitar enlouquecer. Conforme Critelli (2012) são as interpretações que dão ao ambiente, aos atos e palavras o limite do seu significado. Com isso, a proposta de reflexão sobre o repensar e renomear constantemente o que se vive pode conduzir a reconfigurações das relações e o cotidiano do trabalho, já que os caminhos de narrar e refletir são capazes não apenas de minorar sofrimentos e loucuras, mas de traçar outras formas de engajamento e trabalho, evitando assim a alienação e burocratização conforme defendido por Saffiotti (2017, p. 19):

Quando o foco é a produção, a fala torna-se apenas ferramenta, empobrece e carrega muito pouco da matéria da narração, a vida humana. Ter tempo de narrar é ter tempo para cuidar da formação de cada um e de todos, compartilhando modos de ser e modos de “auscultar”.

A reflexão é uma importante ferramenta para perceber quem e como se está sendo e fazendo, para transformar as relações de e com o trabalho, evitando deste modo o distanciamento do projeto e razão de ser do trabalho. Isto porque as relações que os trabalhadores assumem em certo ponto tendem a se cristalizar e perder-se dos objetivos sociais para as quais as instituições estão postas. Bleger (2003) lembra que as instituições existem para exercer uma função social e que as organizações estabelecidas entre os profissionais ocorrem para que se atinjam os objetivos e alcance, de certo modo, o conforto para as relações cotidianas. Porém,

---

<sup>18</sup> Aula ministrada na IPUSP março de 2017.

a tendência natural é que as instituições caiam em estereotipia, distanciando-se dos objetivos primários por meio da burocracia para alcançar esta segurança e manutenção da sobrevivência institucional.

Por isso, devem ser especialmente cuidadas e valorizadas as ações que favoreçam o exercício crítico e consciente para retomar o sentido da existência da instituição e também evitar adoecimentos dos seus constituintes. Bleger (2003, p. 116) advertiu que “mesmo em situações de burocracia não extremada, é possível que um grupo trabalhe bem do ponto de vista da interação, mas que esta acomodação pode ser uma mudança para não mudar e que não produz frutos, “não acontece nada””. Neste sentido a reflexão é um ato de cuidado, mas também de movimento. Configura-se como possibilidade para qualificação e aprendizado que pode provocar situações de modificação de condutas.

Bleger (2003) ressalva, no entanto, que existe possibilidade de aprendizado sem que se tenha uma formulação intelectual e que, muitas vezes, uma captação intelectual, enquanto fórmula pode ficar reduzida a isso mesmo, de modo dissociado. Nesse sentido, Critelli (2012 p. 101) sugere a importância das trocas de experiências e narrativas, por garantir que entender os processos de trabalho e acontecimentos abre possibilidade para uma lucidez que garanta autoria de existência consciente e responsável.

Por isso, a proposta desta presente narrativa, como dissertação de mestrado, acontece no exercício de apresentar situações de trabalho em CAPS e alguns modos de como o CAPS IJ, onde trabalho, foi estruturado, demonstrando os impactos em como as organizações e políticas atravessam e guiam os rumos de estruturação e representações das funções sociais dos serviços. Deste modo, esta apresentação propõe-se provocar o olhar de trabalhadores, gestores e usuários sobre suas responsabilidades e implicações com o trabalho, bem como quais construções se espera nele sejam delineadas. Ressalta, ainda, a necessidade de reinvenção dos profissionais, que precisam constantemente adequar o saber/fazer para as necessidades de cuidados que se impõem, sem se permitir distanciar da compreensão de que se trata de humanos que cuidam de humanos.

Bleger (2003) expõe a complexidade do que é o ser profissional em saúde, submetido constantemente à ansiedade provocada por essa necessidade de se desumanizar para executar a tarefa mais humana que é o ocupar-se de outros seres humanos, como se ele próprio não o fosse também. Ou seja, com o

agravante de integrar um grupo, as pessoas são submetidas a um tipo de relação que é, paradoxalmente, uma não-relação no sentido de uma não individualização. Assim, com o conceito de realidade sincrética, o autor apresenta uma problemática do trabalho em equipe, pela qual, em certo ponto, os profissionais tendem a se indiferenciar, o que causa profunda crise institucional.

Para esta questão, Pichon-Riviére (2005) discute que os processos de aprendizagem podem ser facilitados ou dificultados à medida do confronto do intersubjetivo e intrasubjetivo, dependendo de como essa interação ocorra. O autor aponta que os sofrimentos e percepções dos trabalhadores passam por uma sociabilidade sincrética que se refere a esta unidade e entrelaçamento do grupo. Nessa direção, o próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2010b, p. 18) compreende que “As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas do processo de trabalho, baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho em decorrência da fragmentação, etc”.

Desta maneira, uma proposta que se apresenta possível, segundo Pichon-Riviére (2005), se apoia no estabelecimento de Esquema de Referência Grupal pelo qual é possível ao próprio grupo encontrar formas de lidar e resolver suas questões. Por sua vez, Bleger (2003, p. 80) aponta que tal esquema referencial grupal acontece quando a equipe trabalha com unidade e coerência e explica que “o ótimo se dá quando existe máxima heterogeneidade dos integrantes com máxima homogeneidade da tarefa”. Este modo de pensar pressupõe que é necessário atualizar as ideologias, colocá-las em discussão para que sejam testadas e verificadas, de modo a serem instrumento e não os humanos serem instrumentos delas, como apontado pelo autor no trecho que segue:

Também não se trata de considerar as ideologias como fenômenos nocivos, mas, isso sim, de que o grupo as utilize e, operando com elas, submeta-as à prova e verificação; de que possam ampliar-se e retificar-se, e tenham integração, coerência, força diretriz e convicção (Bleger, 2003, p. 81).

O profissional de saúde precisa ser ativo e participante de discussões, processos decisórios e ter claro seus posicionamentos ideológicos, ciente de que não há como esquivar-se de conflitos de poderes e políticas das quais não existe

posição de neutralidade. Principalmente no campo da saúde mental onde a ausência de discussões e decisões conscientes pode conduzir a retrocessos e perdas das conquistas já alcançadas.

Perante essa responsabilidade, precisamos estar atentos às mudanças de paradigmas e transformações no universo do cuidado e na necessidade de esforços para administração de recursos, e que muitas vezes a melhor forma de administrar esses recursos seja em aplicar esforços e conhecimentos na própria organização (Bleger, 2003). Sendo, portanto, exercício constante de olhar para o mundo e olhar para si, no sentido de cuidar do mundo, mas cuidar da própria existência e das mudanças a que tudo está submetido, como explicitado por Saffiotti (2017, p. 79).

É um cuidado que é presença de si e presença do outro, e que por isso pede do cuidador a consciência da intencionalidade do gesto na direção do outro (gesto que tem um sentido, mas não um alvo determinado); e é também um cuidado que sustenta a dignidade, que exige um olhar que rompe com a invisibilidade, que não devassa, não reduz o outro e seu sofrimento a uma construção abstrata, em movimento de legitimação da experiência da loucura e de outras formas de subjetivação.

É nessa direção que a presente reflexão e discussão serve a provocar os trabalhadores, usuários e gestores para a compreensão de um trabalho articulado em construções conjuntas e participativas. Não se trata de confundir papéis e negar as instituições, pois elas são importantes formas de organização para responder às demandas do cuidado e trabalho em Saúde. Porém, as formas de guiar, articular e avaliar os trabalhos precisam ser revistos e atualizados a partir de discussões e projetos de cuidado, bem como pensar a instituição de modo coletivo e acompanhando as transformações sociais e do mundo. É importante, fundamental e imprescindível que os trabalhadores façam redes no sentido de discussões e articulações entre si, mas que não devem ser relegados apenas a eles a responsabilidade de constituir todo o cuidado e preencher lacunas políticas e de falta de serviços e recursos.

É, também, desafio das diversas organizações de saúde ofertar cuidados e serviços embasados, mantendo-se conscientes de sua função social e com a compreensão de que grande parte dos efeitos do cuidado não são respostas das técnicas e procedimentos aplicados. Isto porque dizem respeito a frutos de uma

representação do que é o cuidado de si e dos efeitos cognitivos gerados pelo contato entre trabalhador de saúde e usuário.

Significativamente, é ainda necessário considerar que as formulações políticas, que norteiam as linhas de cuidado, permanecem limitadas em sua prática de aplicação, seja pela dependência da implantação de serviços que não correspondem aos cálculos previstos em seu texto, mas também pela compreensão e a forma de articulações dos serviços existentes. Nessa direção, destaco que, em relação aos CAPS, apesar de seus primeiros dispositivos terem sido implantados há aproximadamente 30 anos, ainda é considerado por muitos, inclusive por Saffiotti (2017), como dispositivo ainda em processo de implantação, formulação e ajustes, embora, por outro viés, haja muitas críticas a respeito de suas compreensões e tensões acerca de seu funcionamento, para além do que defende.

Para este estudo em particular, saliento que o processo da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos se fundaram em torno do universo adulto e que, embora se trate de clínica em processo de desvelamento e consolidação de funcionamento e políticas, houve avanços, mas, permanece necessitando de continuidade e novas pactuações. Talvez seja essa perspectiva que conduza a pensar que os dispositivos de saúde mental pós Reforma ainda estejam em processo de implantação. Afinal, quando se pode dizer que algo está concluído no que se refere ao cuidado entre humanos?

No que diz respeito à nossa clínica de interesse: a Clínica da Infância de discussão posterior à clínica do adulto, portanto, muito mais recente. Apoiou-se nas premissas da Reforma Psiquiátrica de reversão do modelo hospitalocêntrico, mas não se aprofundou nas particularidades e peculiaridades para a população infanto-juvenil e o que se trata de um modelo antimanicomial para esta população. Por essa razão e dadas as suas especificidades, é uma clínica complexa e peculiar.

Por esta perspectiva os estudos de Carvalho et al. (2014), Couto et al. (2008) apontam que a centralidade de cuidados da infância tem ocorrido nos CAPS IJ, podendo estar relacionada a sua característica acolhedora; mas, há, também, que se levar em conta uma lacuna de articulação intersetorial e de clareza de papéis. Couto et al. (2008) assinalam que a dificuldade para estabelecer a clínica da infância se deve a vasta gama de problemas que se relacionam à saúde mental da infância e adolescência, tornando complexas as avaliações diagnósticas e

situacionais. Por ser campo novo e ainda em discussões, não estão bem estabelecidos o papel e a particularidade de ações de cada setor para realizar uma articulação setorial. Sugerem, então, que seja proposta agenda política específica para a saúde mental da infância e adolescência. Assim, penso que a consolidação de articulação intersetorial pudesse favorecer uma rede articulada para o cuidado integral dirigido às questões da infância e adolescência.

Por todas estas discussões, o trabalho em CAPS se constitui complexo e carente de consolidação enquanto implantação em número e qualidade de projeto político. Têm centrado nos profissionais a sobrecarga de estabelecer os cuidados e a rede de atenção no campo da saúde mental, além da tarefa de constituir a clínica do cuidado e cuidar da própria formação. Carece, assim como apontado por Bleger (2003), do desenvolvimento de estudos sobre psicopatologia e psicologia do profissional de saúde mental tanto quanto do problema de sua formação profissional e de seu equilíbrio mental.

Desta maneira esta proposição narrativa levantou diversas questões e propõe questionamentos que não seriam possíveis de serem aqui aprofundados neste momento. Contudo, o presente estudo aponta e sugere prováveis linhas de discussão que, talvez, pudessem encaminhar outros desenvolvimentos em outros estudos e reflexões futuras. Embora tenha se restringido e alicerçada às minhas experiências e visões emanadas do meu cotidiano enquanto trabalhadora de CAPS, abrem possibilidades de encaminhamentos a outros profissionais e gestores em saúde mental para refletirem a prática e considerarem mudanças de ações.

Esta é uma percepção e compreensão de saúde construída que construí pelo meu cotidiano

encharcado pelo olhar no campo da saúde mental. Contudo, acredito que estas discussões não se restrinjam apenas a esse campo, mas a todo o processo de desvelamento de políticas e formulações para o que estamos construindo socialmente e chamando rede de cuidados em saúde.



## REFERENCIAS<sup>19</sup>

Agamben G. O que é um dispositivo? [internet]. Outra travessia; jan 2005; Florianópolis [citado 17 jan. 2017]. Disponível em:  
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576>

Amarante P. Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.

Archanjo JL, Barros MEB. Política Nacional de Humanização: desafios de construir "Política Dispositivo" [internet]. Anais do 15º ENABRAPSO; 30 out-02 nov.2009; Maceió [citado em 15 fev 2017].  
 Disponível em: [http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/360.%20pol%CDtica%20nacional%20de%20humaniza%C7%C3o.pdf](http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/360.%20pol%CDtica%20nacional%20de%20humaniza%C7%C3o.pdf).

Aun HA. Trágico avesso do mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia; 2005.

Barreto G, et al. Organizações sociais de saúde (OSS): privatização da gestão dos serviços de saúde ou solução gerencial para o SUS? Rev Gest Saúde. 2016;7(2):828-50.

Benjamin W. Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. 7ª. ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov; p.197-21.

Bezerra JR. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva. 2007;17(2):243-50.

Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p. 41-72.

Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

---

<sup>19</sup> De acordo com Estilo Vancouver

Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação das entidades como organizações sociais, a criação de programa nacional de publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF; 1998 [citado 20 jun. 2017]. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L9637.htm).

Brasil. Casa Civil. Lei Federal 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF; 2001. [citado 20 jun. 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm).

Brasil. Casa Civil. Lei Nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. [citado 21 out. 2017]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-norma-pl.html>

Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera e insere parágrafos. Lex. Legislação Federal e Marginália; dez. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva Guia prático de matriciamento em saúde. Brasília, DF; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF; 2010a. [Série B. Textos Básicos de Saúde].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF; 2002. [citado 20 jun. 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.174, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Brasília (8 jul. 2005); Sec. 1: 38.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2011b. [citado 11 nov. 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. Brasília, DF; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, DF; 2010b.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília, DF; 2009.

CDHU [Internet]. São Paulo: Secretaria de habitação. [citado 10 jun. 2017]. Disponível em: [http://www.cdhu.sp.gov.br/programas\\_habitacionais/apresentacao.asp](http://www.cdhu.sp.gov.br/programas_habitacionais/apresentacao.asp).

Carvalho ILN, Gondim APS, Holanda TT, Alencar, VP. CAPS i: avanços e desafios após uma década de funcionamento. Florianópolis: Saúde Mental. 2014;6(14):42-60.

Conselho Federal de Psicologia. referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, DF; 2013.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado, PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(4):390-8.

Critelli DM. Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC: Brasiliense; 1996.

Critelli DM. História pessoal e sentido da vida: historiobiografia. São Paulo: EDUC: FAPESP; 2012.

Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Fuganti L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? Interface [Internet]. 2009 [citado 20 abr. 2017] 13(1):667-79. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/v13s1/a17v13s1.pdf>

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2005.

Mendes EVA. A descentralização como processo social. In: Kalil MEX, organizador. Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Monken M, et al. O território na saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. **Páginas do capítulo**

Passos E, Palombini, AL, Campos RO, Rodrigues AS, Melo J, Maggi PM, et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). Aletheia [Internet]. 2013 ago [citado 20 out. 2017];(41):24-38. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt).

Pichon-Rivière H. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Pimentel A. Análise psicossocial de mensagens de músicas de funk. Pediatr Mod. 2014 set;50(9):não paginado.

Saffiotti A. Atenção em saúde mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial [tese]: São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2017.

Santos M. Por uma geografia nova. São Paulo: Hucitec; 1978.

São Paulo (Município). Histórico [Internet]. 2009 [citado 15 abr. 2017] disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/capela\\_do\\_socorro/historico/index.php?p=916](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/capela_do_socorro/historico/index.php?p=916)

São Paulo (Município). Lei nº **13.399**, de 1 de agosto de 2002. Dispões sobre a criação de subprefeituras no município de São Paulo e dá outras providencias. São Paulo: 2002. [citado 20 nov. 2017]. Disponível em: [www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios\\_juridicos/cadlem/integra.asp?alt+02082002I%20133990000](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt+02082002I%20133990000).

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Portaria Nº 2.311/2016-SMS. Modifica a denominação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil. Diário Oficial da Cidade, 23 dez. 2016; p. 26.

São Paulo (Município). Relatos das Rodas de Conversa [internet]. I encontro municipal de CAPS Infantojuvenil -CAPSIJ. 2016; 19-20 abr. 2016; São Paulo. São Paulo; 2016 [citado 15 maio 2017] Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudentalinfantojuvenil22122016\\_1482430629.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudentalinfantojuvenil22122016_1482430629.pdf).

São Paulo (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. [Internet]. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. 2010 [citado em 8 ago.2017]. Disponível em: [colocar o link](#)

São Paulo (Estado). Plano decenal de assistência social da cidade de são paulo. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. [internet], 15 fev.2017 [citado 20 abr. 2017]; 62(32):48. Disponível em: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/RenderizadorPDF.aspx?ClipID=EEVKP1AH6MQ3Ke9UC518L0K2MFR>.

Scarcelli IR. Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2016.

Soalheiro NI, Mota FS. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. Rev. Polis e Psique. 2014;4(2):65-85.

Trajano ARC, Silva R. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. Polis e Psique [internet] 2012 [citado 13 jul. 2017];2(3):16-36. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/viewFile/40318/25985>.